MONICA DELICIA AVRAMESCU

DEFECTOLOGIE ŞI LOGOPEDIE

Ediţia a III-a

Editură acreditată de *Ministerul Educației și Cercetării*
prin *Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior*

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
AVRAMESCU, MONICA DELICIA
Defectologie şi logopedie /Monica Delicia Avramescu. – Ediția a 3-a București, Editura Fundației *România de Mâine*, 2007
Bibliogr.
ISBN 978-973-725-868-7

376(075.8)
376.36(075.8)

Tehnoredactor: Marcela OLARU
Coperta: Stan BARON

Bun de tipar: 9.05.2007; Coli tipar: 18,5
Format: 16/61×86

Editura Fundației *România de Mâine*
Bulevardul Timişoara nr.58, Bucureşti, Sector 6
Tel./Fax: 021/444.20.91; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHOLOGIE

MONICA DELICIA AVRAMESCU

DEFECTOLOGIE
ŞI
LOGOPEDIE

Ediţia a III-a

EDITURA FUNDAŢIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
Bucureşti, 2007

CUPRINS

INTRODUCERE

În jurul nostru există oameni, unii normali, alții având trăsături şi comportamente care se abat de la normalitate. Aceştia din urmă sunt de multe ori, din păcate, catalogați ca persoane „handicapate” (în sens peiorativ), ignorați sau, şi mai rău, considerați irecuperabili, inutili pentru societate. Realitatea este însă alta. Ei sunt printre noi, ai noştri şi trebuie să ținem seama de prezența şi de potențialul lor.

Ce înseamnă de fapt handicap*? Termenul este o noțiune vagă, ambiguă, confuză, fiind introdus în literatură pentru a înlocui expresii traumatizante de genul: anormal, deficient, inadaptat, sau pentru a îngloba, într-un termen mai general, toate dificultățile întâmpinate de o persoană cu consecințe directe pe plan social. Handicapatul copil este persoana ale cărei aptitudini fizice, psihice, fie ele înnăscute, fie dobândite, sunt net inferioare copiilor de aceeaşi vârstă cronologică, el neputând fi recuperat în totalitate, ci doar într-un anumit grad, prin compensare sau ameliorare, în funcție de posibilitățile sale reale.*

De-a lungul timpului au fost utilizați diferiți termeni considerați sinonimi: deficiență, incapacitate, handicap. Intre ei însă există diferențe. Astfel, dacă deficiența *se referă la situația intrinsecă ce se defineşte în termeni anatomici (aspectul medical),* incapacitatea *apelează la aspectul funcțional (activitate limitată), iar* handicapul *vizează aspectul social (consecințele concretizate în dificultăți de adaptare personală şi socială).*

Clasificarea handicapurilor este polimorfă, existând diferite criterii de clasificare.

În funcție de gradul de intensitate a handicapului*, R. Lafon vorbeşte de:*

- *handicap lejer (când există posibilitatea de dezvoltare maximă a capacităților şi de dobândire a unei autonomii totale – fără apel la ajutor extern);*

- *handicap mediu – moderat (caz în care vorbim de posibile şanse de readaptare şi integrare socio-profesională prin intervenție pedagogică specializată);*
- *handicap sever – grav (când nu există autonomie, fiind necesare supravegherea permanentă şi condiții speciale de influență pedagogică).*

Un alt criteriu de clasificare a handicapurilor, care îi aparține lui A. Agerholm, se referă la dihotomia privind cauzele acestora:

- *handicap intrinsec (cauza fiind reprezentată de caracteristici personale, care nu pot fi înlăturate);*
- *handicap extrinsec (cauzat de mediu, de situația socioculturală a individului – sărăcie, privare afectivă, discriminare rasială etc.).*

Minaire şi Cherpin propun o altă clasificare a handicapurilor în funcție de adaptarea individului la situații particulare*:*

- *handicap de ambianță (care rezultă din necesitățile individului de a stabili un echilibru între posibilitățile reale ale handicapului şi solicitările mediului);*
- *handicap de situație (caracteristic subiecților limitați în capacitățile lor în raport cu solicitările unor situații particulare).*

Indiferent de categoria căreia îi aparține un handicap sau o deficiență, de prezența, caracteristicile şi consecințele sale trebuie să ținem seama. De ce ? Pentru că, într-un sens mai larg, toți am avut, avem sau putem avea vreodată o deficiență anume (fizică, senzorială, comportamentală etc.).

1. **DEFICIENȚA MINTALĂ**

De-a lungul vremii, în literatura de specialitate, au fost uzitați extrem de mulți termeni pentru a desemna deficiența mintală: ariertație mintală (Ed. Seguin), oligofrenie (E. Bleurer, E. Kraepelin), retard mintal (A. R. Luria, AAMD), înapoiere mintală / întârziere mintală (OMS – IX CIB, Al. Roşca, M. Roşca), deficiență intelectuală (A. Busemann, R. Perron), insuficiență mintală (OMS), subnormalitate gravă (OMS – 1958).

Deficiența mintală reprezintă o deficiență globală care vizează întreaga personalitate a individului: structură, organizare, dezvoltare intelectuală, afectivă, psihomotrică, comportamental-adaptativă. Nota definitorie pentru deficiența mintală o constituie alterarea componentei de ansamblu, integritatea biofiziologică şi cea psihologică fiind de fapt o formă diferențiată de organizare a personalității.

Referindu-ne la handicapul mental, putem considera că există două tipuri mari de handicap:

– handicap rezultat din organizarea mintală şi a personalității, ca reflecție a acesteia;

– handicap mental de funcționalitate, când cauza este funcționarea deficitară şi nu organizarea în sine.

Handicapul mental, caracterizat printr-o organizare mintală deosebită de cea statistică normală, cuprinde cele patru categorii de forme clinice atât de cunoscute: debilitate mintală, imbecilitate, idioție, forme etiologice şi polihandicapurile din această categorie.

Între formele clinice ale handicapului prin deficiența mentală şi cele ale normalului se distinge o zonă de forme intermediare care aparțin handicapului prin deficiența mentală de funcționare:

– disritmii de dezvoltare psiho-intelectuală;

– tulburări instrumentale;

– inabilități de tip şcolar (debilitate de tip şcolar) – acestea fiind incluse în denumirea de handicap intelectual, introdusă la noi de C. Păunescu.

1.1. **Caracteristicile generale ale deficientului mintal**

Deficiența mentală se caracterizează în planul vieții psihice printr-o serie de trăsături generale specifice: vâscozitate genetică, heterocronie, rigiditate psihică, rigiditate a conduitei, deficiențe de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuală.

B. Inhelder, introducând termenul de **vâscozitate genetică,** a studiat particularitățile procesului dezvoltării la deficientul mintal şi a ajuns la concluzia că, în timp ce la copilul normal dezvoltarea se caracterizează prin fluență şi dinamism susținut în procesul de maturizare intelectuală, la copilul deficient mintal dezvoltarea este anevoioasă şi neterminată. Dacă la normal, mai devreme sau mai târziu, construcția mintală se desăvârşeşte la nivelul operațiilor formale, la deficientul mintal – îndeosebi debilul mintal – această construcție se împotmoleşte, stagnează, se opreşte undeva în zona operațiilor concrete. Inhelder considera că deficientul mintal – în speță debilul mintal – regresează adesea de pe poziția stadiului atins la un moment dat în dezvoltare, alunecând înapoi spre reacții proprii stadiilor anterioare. Acest fenomen lasă impresia unei „fugi de efort” în fața solicitărilor intelectuale mai intense, echivalentă mai degrabă cu un reflex de apărare al debilului mintal decât cu o eschivare intenționată a acestuia.

O caracteristică aparte a deficientului mintal este reprezentată de *infantilism, conduitele acestuia fiind marcate de interese puerile.*

Realizând o paralelă între copilul normal şi cel deficient mintal, L.Not (1973) prezenta rezumativ asemănările şi deosebirile existente între aceşti copii: atât copilul normal, cât şi cel cu deficiență mintală parcurg acelaşi traseu al dezvoltării intelectuale, dar în *ritmuri* diferite; în timp ce în jurul vârstei de 14 ani copilul normal atinge stadiul operațiilor concrete, deficientul mintal stagnează, rămânând undeva la nivelul treptelor intermediare operațional-concrete; procesul de invarianță a noțiunilor, care la copilul normal se conturează pe la 10-11 ani, la deficientul mintal prezintă serioase întârzieri, adesea rămânând neterminat; deficientului mintal ajuns în faza ultimă a dezvoltării sale intelectuale îi rămâne

inaccesibil raționamentul propozițional bazat pe operații logice formale, cu noțiuni abstracte.

Termenul de vâscozitate genetică nu epuizează toate particularitățile dinamicii dezvoltării la deficientul mintal, fenomenul dezvoltării trebuind să fie corelat cu particularitățile **proximei sale dezvoltări**, adică în legătură cu posibilitățile de a progresa spre stadiul următor al evoluției sale. L.S. Vîgotski (1960) considera că handicapatul mintal se caracterizează printr-o zonă limitată a proximei dezvoltări, cu atât mai restrânsă cu cât gravitatea handicapului mintal este mai mare. Dacă dezvoltarea handicapatului mintal se menține mereu sub influența etapei parcurse anterior, dezvoltarea copilului normal este puternic orientată spre viitor. Alte caracteristici ale deficientului mintal sunt: fragilitatea achizițiilor realizate anterior, caracterul limitat al perspectivelor dezvoltării ulterioare, alunecările ample spre reacții şi comportamente specifice stadiilor anterioare.

O altă trăsătură specifică acestui deficient este reprezentată de **rigiditate,** J.S.Kounin subliniind faptul că la deficientul mintal „regiunile psihologice” nu permit schimbul funcțional între ele, schimb corespunzător vârstei cronologice, din cauza rigidității lor.

R. Zazzo descrie o altă caracteristică a deficientului mintal – **heterocronia.** Autorul consideră că debilul mintal se dezvoltă psihologic diferit de la un sector la altul, heterocronia cea mai evidentă remarcându-se între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între somatic şi cerebral. Ca atare, diferitele funcții şi procese psihice ale debilului mintal nu se dezvoltă echilibrat, dezvoltarea uneia putând fi în detrimentul alteia.

R. Fau arăta că atunci când solicitările exterioare depăşesc posibilitățile de răspuns individuale ale deficientului mintal se manifestă o altă caracteristică numită „**fragilitatea construcției personalității**”. Operațiile logice, fiind la un nivel scăzut, nu facilitează raporturi sociale stabile şi evolutive din partea acestui deficient, deoarece predomină fragilitatea şi infantilismul în comportament.

Fragilitatea personalității poate fi disociată (apărând manifestări de duritate, de impulsivitate şi de lipsă de control) sau mascată (apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea acesteia).

Fragilitatea se poate manifesta şi în planul **conduitei verbale**, asociindu-se cu fenomenul **labilității verbale.** Deficientul mintal nu se

poate exprima logico-gramatical, nu poate menține un nivel constant de progres verbal, nu-şi poate adapta adecvat conduita verbală la situații.

Slabul activism în fața sarcinii şi posibilitățile reduse de implicare în activitate ale deficientului mintal au la bază o motivație deficitară (lipsa unor scopuri şi aspirații reale), superficialitate în emiterea judecăților de valoare, infantilism afectiv (cu o accentuată instabilitate în relațiile afective şi cu o frecventă trecere de la o stare afectivă la alta).

Cel mai pregnant însă se manifestă carențele în **planul proceselor cognitive**.

1.2. **Funcțiile şi procesele psihice în deficiența mintală**

Toate funcțiile şi procesele psihice sunt afectate, într-un fel sau altul, de existența handicapului mintal.

Astfel, în **planul sensorial-perceptiv** se remarcă dificultăți de analiză, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau a imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. Desele confuzii care apar în asemenea situații sunt cauzate de activismul scăzut al debilului mintal față de activitate. Atunci când părțile unui întreg sunt clar evidențiate (prin subliniere, culoare, poziție avantajoasă – centrală etc.), analiza este mult uşurată, percepția devenind consistentă.

Pe fondul coexistenței handicapului mintal cu alte deficiențe (vizuale, auditive, tactil-kinestezice), nespecificitatea percepțiilor se accentuează. Ținând cont de faptul că şi sinteza este deficitară, reconstrucția perceptivă se realizează incomplet, iar în situațiile cu grad ridicat de complexitate devine practic imposibilă. Cunoştințele şi experiențele personale reduse îl pun pe subiect în situația de a fi incapabil de ordonări şi ierarhizări menite să faciliteze o percepere adecvată a realității. În ciuda duratei mărite a operațiilor de analiză şi sinteză la deficientul mintal, *câmpul perceptiv* al acestuia este destul de *îngust.*

Dificultăți şi mai mari întâmpină deficienții mintal în perceperea imaginilor, acestea fiind descrise nesistematic sau „virusate” de elemente nesemnificative sau străine percepute într-o situație anterioară.

O trăsătură definitorie deficientului mintal este caracterul descriptiv al celor percepute, explicația fiind totuşi prezentă sub forma ei naivă şi încărcată de enumerări.

De menționat este fenomenul distorsionării percepției, cu particularități specifice comparativ cu individul normal. La deficientul mintal fie nu apar iluzii perceptive atunci când situația ar determina acest lucru, fie este vorba de o labilitate exagerată în realizarea percepției de la o situație la alta.

Percepția debililor mintal se caracterizează prin inexactitate şi lipsă de precizie, fiind o percepție nediferențiată, lacunară şi cu frecvente tulburări, în timp ce în *percepția imbecilului* nu se discriminează esențialul de secundar, ea limitându-se la enumerarea fără logică a elementelor percepute.

Percepția imbecilului are un caracter nediferențiat mai pronunțat, obiectele uzuale fiind cu greu identificate, conținutul tematic al imaginilor nefiind perceput. Ceea ce realizează în plan perceptiv imbecilul este simpla enumerare de elemente, fără o logică însă şi fără o discriminare a esențialului de secundar (particular).

În cazul **idiotului,** percepția este extrem de săracă în conținut senzorial, neclară, fără semnificație biologică şi cu nenumărate şi pronunțate perturbări.

În ceea ce priveşte **planul reprezentării,** se constată imposibilitatea deficientului mintal de a structura un câmp de reprezentare pe bază de simboluri**,** fapt ce dovedeşte funcționalitatea slabă a structurii semiotice şi absența, aproape totală, a limbajului interior. În plus, organizarea mintală a deficientului mintal se caracterizează printr-o tulburare multidimensională la nivelul releului de reprezentare.

Gândirea deficientului mintal cu gradul de debilitate este deficitară la nivelul proceselor superioare ale gândirii, putându-se evidenția anumite trăsături definitorii:

– gândire concretă, situativă, bazată pe clişee verbale, pe imitarea mecanică a acțiunilor şi a limbajului celor din jur;

– lacune majore în achiziția conceptelor abstracte şi o slabă capacitate de discernământ;

– dezordini intelectuale;

– imposibilitatea de realizare de conexiuni, similitudini, opoziții, succesiuni, incluziuni, operații de reversibilitate sau ireversibilitate;

– incapacitate de sinteză, de structurare a formelor şi a structurilor parțiale în ansambluri;

– raționamente incomplete, care pleacă de la date parțiale, subiective, fără semnificație.

Gândirea **deficientului mintal sever (imbecil)** are câteva trăsături distincte. Imbecilii pot ajunge la nivelul „neointelectului”, care le permite folosirea experienței anterioare în vederea adaptării la o nouă situație, însă au o gândire fragmentară, labilă, lipsită de funcția de elaborare şi generalizare, fiind incapabili de a vedea ansamblul, de a se ridica la noțiunea generală. Imbecilul poate utiliza conceptele ca principiu de clasificare, deşi este incapabil să le verbalizeze.

În **cazul deficienței mintale profunde (idioția),** gândirea are la dispoziție doar „paleointelectul”, care permite exclusiv utilizarea reflexelor condiționate. Pe fondul inexistenței relațiilor psihice, activitatea sa se reduce la „viața pur vegetativă”, între gesturi şi senzații dezvoltându-se o „activitate circulară”, însoțită de activitatea în „echo”(reproducerea imediată a gestului sau a sunetului). Stereotipiile sunt o altă trăsătură definitorie a gândirii idiotului.

Imaginația la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, neproductivă, intensitatea ei fiind invers proporțională cu gradul de gravitate a handicapului, mergând până la absența ei. La toate formele de deficiență mintală apar frecvent tulburări ale imaginației, sub forma **minciunii** şi a **confabulației**. **Minciuna,** sub forma ei patologică (mitomanie), se prezintă în trei variante: mitomanie vanitoasă, malignă şi perversă, fiind întâlnită la tipurile de deficiență mintală situate la limita superioară. **Confabulația** („delirul de imaginație” – Dupré sau „delirul de confabulare” – Neisser) reprezintă o trăire a unor stări aparținând fanteziei subiectului, cu convingerea subiectivă a acestuia că ele sunt reale şi caracterizează *debilul vanitos*, care, fiind lipsit de judecată şi de spirit autentic, se hazardează în afirmații puerile, extravagante cu scopul de a atrage atenția celorlalți asupra sa.

În ceea ce priveşte **nivelul mnezic** al deficitului mintal, se poate afirma că, în majoritatea cazurilor (exceptând deficiențele severe, grave), acesta nu este modificat în mod evident. Memoria – în formele uşoare şi medii ale deficienței mintale – este considerată ca având **funcție compensatorie**, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive superioare. La deficientul mintal, capacitatea de reținere este relativ mare, bazată fiind însă pe o memorare mecanică, lipsită de suplețe şi fără posibilitatea de utilizare a datelor stocate în situații noi.

La **debilii mintal,** memoria este dominant **mecanică**, în timp ce la **imbecili** ea este mai puțin activă, mai infidelă, de scurtă durată. Există cazuri rare de dezvoltare monstruoasă, hipermnezică – aşa-numiţii „calculatori de calendare”, sau „hipermnezie de dicţionar”, „cărţi de telefon”. La **idioţi,** memoria este aproape inexistentă, fiind imposibilă şi forma mecanică a acesteia. Lipsa memoriei în acest caz este evidenţiată de nerecunoaşterea obiectelor sau a persoanelor din jur de către idiot.

O caracteristică aparte a deficienţilor mintal este penuria informaţiilor reţinute de aceştia comparativ cu normalii, **reducere cantitativă** explicată prin degradarea calitativă a celulei nervoase şi prin funcţionalitatea redusă a integrării la nivelul celor trei tipuri de memorie (memorie senzorială, MSD, MLD). O altă particularitate a memoriei la deficienţii mintal este slaba fidelitate în evocarea informaţiilor (lipsa de precizie, introducerea de elemente străine, omiterea de detalii etc.).

Totuşi, memoria este unul dintre procesele psihice mai uşor educabile în acest handicap şi, deci, ea poate fi utilizată compensator în cazul deficienţilor mintal în procesul de recuperare a acestora.

Atenţia deficientului mintal diferă de cea a normalului nu atât sub aspectul performanţelor, cât prin **modalitatea organizării.** C. Păunescu (1976) analiza atenţia ca rezultat al organizării sistemului neuro-vegetativ şi distingea două trăsături esenţiale ale acesteia: capacitatea sistemului de filtrare a mesajului şi starea afectogenă – motivaţională. Prima este alterată la deficientul mintal printr-un element intrisec (structura morfofuncţională) şi printr-o organizare aleatorie, întrucât există o puternică influenţă afectogenă în orientarea setului operaţional.

Atenţia se manifestă diferit în funcţie de gravitatea deficienţei. **Debilul mintal** se caracterizează printr-o atenţie sporită, lipsită de tenacitate, forma voluntară fiind instabilă şi cu aparenţă de normalitate, fiind evidente tulburări cantitative ale atenţiei precum şi incapacitatea de concentrare a atenţiei sub forma fenomenelor de neatenţie, inerţie, de indiferenţă sau falsă uitare. **Imbecilul** prezintă fenomene de **hipoproxie**, care la **idiot** se transformă în **aprosexie.** Chiar în condiţiile unei atenţii spontane, aceştia nu sunt capabili de perseverenţă, neputând urmări obiectele care se deplasează în faţa lor. Această stare îi conduce la izolare, absenţă totală şi nimic nu-i poate sustrage din această autoizolare. Inactivitatea globală a acestora poate fi întreruptă uneori de accente de impulsivitate violentă sau de crize de tip coleric.

Limbajul deficientului mintal poartă amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate şi inerţie specifice nivelului gândirii. Se poate vorbi despre apariţia întârziată a vorbirii şi despre dificultăţile pe care le întâmpină copilul cu deficienţă mintală în folosirea propoziţiilor. Dezvoltarea întârziată a limbajului priveşte toate aspectele sale: fonetic, lexical, semantic, gramatical şi atrage după sine frecvenţa mare a tulburărilor limbajului la această categorie de deficienţă.

Tulburările limbajului la deficientul mintal generate de lezarea sau de inhibiţia nivelurilor de organizare a limbajului (periferic – instrumental, cortical şi gnozic – de recunoaştere auditivă şi vizuală) sunt:

– sindromul de nedezvoltare a vorbirii (cu formele: alalia, audimutitatea etc.);

– dizartria (pe fondul handicapului de intelect uşor sau sever);

– disfonia;

– tulburările gnozo-praxice (tulburări de percepţie auditivă şi vizuală şi tulburări praxice ale organelor fonoarticulatorii).

Primele trei categorii dintre tulburările menţionate anterior apar evidente în comportamentul de comunicare a copilului, în timp ce ultima categorie se manifestă disimulat.

Cele mai frecvente manifestări ale tulburărilor limbajului pe fondul deficienţei mintale sunt cele de tipul **dislaliei, disgrafiei** şi **dislexiei**.

Dislalia deficientului mintal, deşi seamănă simptomatologic cu cea a copilului normal, se deosebeşte prin faptul că etiopatogenia dislaliei primului este structurală, consecutivă unei modificări neurofiziologice, afectând atât momentul apariţiei limbajului cât şi evoluţia lui. Cercetările arată că decalajul în apariţia limbajului între copilul normal şi cel cu deficienţă mintală este de 3 – 6 ani, în funcţie de gravitatea deficienţei. După Weber, în formele foarte severe (idioţie), primul cuvânt apare la 54 luni şi propoziţia la 153 luni, în formele severe (imbecilitate) primul cuvânt este rostit la 43 luni şi propoziţia la 93 luni, iar în formele uşoare (debilitate) la 34 luni, respectiv 89 luni.

Privind evoluţia limbajului la deficientul mintal şi acest proces este mult perturbat nu numai ca durată ci şi ca organizare şi structurare. Raportându-ne la latura expresivă a limbajului se constată că, între 5 – 7 ani, aria tulburărilor de vorbire este extrem de întinsă la deficienţii mintal faţă de copiii normali (între 8 – 12%).

O altă caracteristică a tulburărilor limbajului la copilul deficient mintal este **polimorfismul** acestora. Rareori la deficientul mintal de vârstă şcolară se întâlneşte o dislalie simplă (monomorfă), frecvent depistându-se forme polimorfe, alături de fenomene dizartrice şi de audimutitate.

Deosebirea dintre copilul normal şi cel cu deficiență mintală se referă şi la procesul **fonetizării**. Dacă în cazul primului toate procesele învățării limbii au loc până la 3 – 4 ani, la cel de-al doilea aceste faze debutează cu 2 – 5 ani mai târziu, dezvoltarea acestor microprocese ale învățării limbii având loc fără suport ideativ.

O altă caracteristică a limbajului copilului deficient mintal se referă la dimensiunea (aspectul cantitativ) **vocabularului** acestuia, care pare mai dezvoltat decât cel al copilului normal, deşi, din punct de vedere al instrumentării şi organizării pe bază de simboluri, capacitatea primului variază între 20 – 50% din cea a copilului normal.

Multe cercetări arată că deficientul mintal întâmpină serioase dificultăți în reprezentarea realității prin simboluri şi semnificații şi în înțelegerea acestuia. Procesul de esențializare (conceptualizare) este în cazul acestui handicap foarte diminuat şi neorganizat, aşadar cuvântul nu capătă valențe operaționale nici în planul cunoaşterii, nici în cel al dirijării comportamentului de învățare şcolară şi socială. Limbajul copilului deficient mintal are puternice accente de infantilism, care apar pe fondul imaturității verbale. Disoperaționalitatea limbajului deficientului mintal se evidențiază mai pregnant în tulburarea denumită **agramatism**, constând în erori de utilizare a cuvintelor după regulile sintaxei gramaticale. Această tulburare se manifestă atât în limbajul oral, cât şi în cel scris (pe fondul existenței unei organizării afazoide).

Cel mai frapant fenomen este cel de discrepanță între capacitatea de normalizare şi cea de definire a părților de vorbire, urmată de cea a disabilităților în analiză, în discriminare, transformare şi operarea sa.

La handicapații mintal, decalajul între dezvoltarea limbajului şi celelalte funcții psihice este foarte evident, din cauza faptului că posibilitățile de înțelegere şi de ideație rămân limitate, în timp ce capacitatea de exprimare înregistrează progrese. Handicapații mintal au totuşi posibilitatea de a-şi însuşi unele formule stereotipe pe care le utilizează în conversații simple. Chiar dacă expresiile lingvistice de argou

le învață fără eforturi, comunicarea acestor deficienți nu se desfăşoară după o logică anume.

Alte deficiențe ale limbajului asociate handicapului mintal sunt: tulburări ale vocii (slăbire a acesteia), caracter neinteligibil al vorbirii (articular defectuoasă), debit, intensitate şi timbru dezagreabile.

Din punctul de vedere al **afectivității**, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind uşor de depistat fenomene de emotivitate crescută, de puerilism şi infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate accentuate, caracterul exploziv şi haotic al reacțiilor în plan afectiv, controlul limitat al acestora. Afectivitatea **debilului mintal** se caracterizează printr-o mare labilitate, irascibilitate, explozii afective. În stările conflictuale, debilul reacționează diferit, fie prin opoziție exprimată prin descărcări afective violente, fie prin demisie sau dezinteres, fie prin inhibiție, negativism sau încăpățânare. Deficitul de autonomie afectivă este marcat de nevoia evidentă a debilului de dependență, de protecție. Este prezentă, de asemenea, şi situația de blocaj afectiv, pe fondul unei frustrări afective de ordin familial sau şcolar care conduce la diminuarea, incapacitatea sau pierderea dinamismului de a reacționa la stimuli care, în mod normal, trebuie să declanşeze acțiunea.

În cazul **imbecilului** (deficienței mintale severe), afectivitatea se evidențiază prin indiferență, inactivitate, apatie, izolare, egoism, uneori manifestări de răutate sau ură față de cei din jur, alteori afecțiune, ataşament exclusiv față de anumite persoane.

La nivelul **idioției** (deficienței mintale profunde), afectivitatea este extrem de labilă, cu crize de plâns nemotivate, accese colerice subite, violență paroxistică, negativism general, reacții imprevizibile.

Rezumând simptomatologia comportamentului afectiv al deficientului mintal (pe baza lucrărilor lui J. De Ajuriaguerra, H. Ey, M. Lemay, C. Păunescu), depistăm următoarele trăsături specifice: *imaturitate afectivă, organizare întârziată a formelor de comportament afectiv, intensitate exagerată a cauzelor afective primare, infantilism afectiv, insuficiență a controlului emoțional, inversiune afectivă, carență relațional-afectivă.*

Diferențe sesizabile între normal şi deficientul mintal se observă şi dacă ne raportăm la planul **motivațional**, la deficientul mintal predominând interesele şi scopurile apropiate, trebuințele momentane;

capacitatea redusă de concentrare a atenției şi neputința de a prevedea momentele mai importante ale activității îl fac pe deficientul mintal (în speță debilul mintal) să aibă dese insuccese. Acest fapt facilitează instalarea negativismului şi a descurajării, a lipsei aspirațiilor şi a efortului volițional în fața sarcinii. Putem spune, în plus, că motivația existențială, de devenire, este similară ca intensitate cu cea a copilului normal, dar „jocul” forțelor este modificat. Dacă, pe fondul normalității intelectuale, copilul motivează un potențial eşec printr-o eşuare intelectuală, în cazul deficienței mintale, motivația este oarecum mai „personală” (ex.: „nu am avut bani”, „am lipsit mult de la şcoală”).

Aceste particularități ale activității psihice a deficientului mintal se corelează cu tulburările ce apar în **sfera psihomotricității**. Specifice pentru această deficiență sunt: timpul de reacție scăzut, viteza diminuată a mişcărilor, imprecizia lor dublată de sincinezii, imitarea deficitară a mişcărilor cu reflectarea lor în oglindă care prelungesc timpul de formare a dexterităților manuale şi care au semnificație în deprinderile grafice.

Tulburările psihomotorii ce apar pe fondul deficienței mintale sunt cele care afectează schema corporală, lateralitatea, orientarea, organizarea şi structura spațială şi temporală, debilitatea motrică şi instabilitatea psihomotorie.

Şi la nivelul **comportamentului instinctual** putem vorbi de existența unor tulburări la deficientul mintal. Este afectat instinctul *alimentar*, observându-se cazuri de *exagerare* a acestuia, cum sunt cele de *bulimie* **–** caracterizată prin exagerarea senzației de foame, fără a putea fi potolită, deficientul mintal mâncând mult şi fără rost cantități uriaşe de mâncare, de *polifagie* – creştere a apetitului însoțită de ingerarea de materii nealimentare sau obiecte necomestibile. Apar, de asemenea, cazuri de *potomanie* – senzație acută de sete urmată de ingerarea unor cantități excesive de lichid şi de *dipsomanie* – nevoie imperioasă de a consuma alcool în mod periodic. Există şi tulburări ale instinctului alimentar în sensul diminuării lui **–** *anorexie,* scăderea sau lipsa totală a poftei de mâncare, aşa cum vorbim şi de cazuri de *aberații alimentare* sau pervertiri alimentare, întâlnite la unii deficienți mintal **–** *mericismul* (regurgitarea voluntară a alimentelor din stomac în gură şi remestecarea lor continuă), *paraorexiile* şi *pica* (ingerarea de substanțe nealimentare***),*** *opsomania* (dorința de a mânca dulciuri), *coprofagia* – conduită patologică exprimată prin ingerarea de materii fecale (această ultimă

tulburare apărând doar în cazurile de arierație profundă). Mai întâlnim la deficienții mintal grav şi cazuri de *aerofagie* (înghițirea o dată cu alimentele şi a unei mari cantități de aer) şi de *geofagie* (ingerare de nisip sau pământ).

Un alt **instinct** puternic afectiv la deficienții mintal este cel de *apărare, de conservare,* fie în sensul exagerării lui – conduite de *agresivitate,* fie în sensul diminuării – conduite de automutilare, fie în sensul abolirii sau lipsei lui totale – *conduite suicidare sau pseudosuicidare.*

Tulburările instinctului de reproducere *(sexual)* sunt şi ele prezente frecvent în cazurile de deficiență mintală (sub forma *autoerotismului* de tip autocontemplare**,** *exhibiționismului, zoofiliei* sau *incestului*), aşa cum apare perturbat şi *instinctul matern* (sub forma abandonării copilului – imbecili şi idioți – sau a infanticidului).

Conduita deficientului mintal este frecvent de tip deviant, fără a putea spune că handicapul mintal generează obligatoriu o deviere comportamentală. Tulburări comportamentale frecvente în acest caz sunt cele de tipul **vagabondajului** sau **furtului.** De asemenea, copiii cu deficiență mintală **–** pe fondul sugestibilității şi influențabilității lor ridicate şi a lipsei de discernământ – se pot apuca de mici de fumat, pot începe relații sexuale timpurii şi frecvent de tip aberant sau pot consuma droguri (imitând comportamentul unor „copii mai mari”). Pot exista şi tulburări comportamentale mai uşoare de tipul irascibilității sau ineficienței şcolare (eşec şcolar).

Personalitatea deficientului mintal poartă amprenta caracteristicilor funcțiilor şi proceselor psihice descrise anterior, fiind accentuat caracterul imatur al acesteia, predominând forme disarmonice ce implică manifestări comportamentale instabile, de genul: frică nejustificată, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate, pasivitate, crize de furie, labilitate afectivă etc. Putem spune aşadar, că personalitatea deficientului mintal este un **sistem decompensat** (C. Păunescu, I. Muşu, 1997).

Copilul deficient, la fel cu cel normal, se găseşte în permanență sub presiunea (uneori foarte crescută) a unui sistem de solicitare, presiune care intră în consonanță sau în conflict cu eu-l şi cu personalitatea sa la diferite niveluri, activitatea intelectuală a deficientului mintal fiind permanent într-un raport de contrarietate cu sistemul de solicitare.

Simtomatologia intelectuală şi psihică a deficientului mintal prezintă o mare varietate de forme şi intensităţi, încât decompensarea nu apare doar ca o formă simplă de denivelare eu – lume (J. Nuttin), ci este o tulburare profundă. Deficientul mintal este obligat sub acţiunea sistemului de solicitare, să se „decidă” pentru un comportament similar modelului personalităţii normale, el neputând însă să realizeze acest lucru decât sub influenţă educaţională adecvată. Cu alte cuvinte, deficientul mintal este într-o competiţie permanentă cu un model pe care nu-l va putea realiza niciodată.

Dacă forţa de structurare şi de echilibru a factorilor organizaţionali ai structurii mintale pe care se bazează **personalitatea în general** prezintă unele „puncte” conflictuale, starea sistemului fiind totuşi echilibrată, în schimb **personalitatea decompensată (a deficientului mintal)** este o structură bazată pe o organizare mintală în care factorii de perturbare sunt dominanţi şi stabilizaţi, ei fiind definitorii.

1.3. **Etiologia deficienţei mintale**

Etiologia (gr.„*Aitia”* = „cauză”, „*Logos*” = ştiinţă”) reprezintă o disciplină care studiază *cauzele* unui fenomen (în speţă, maladii), dezvăluind *originile* şi *evoluţia* sa.

Etiologia handicapului mintal constă în aceste stări de deficienţă şi/sau incapacitate mintală, care determină scăderea randamentului intelectual şi adaptiv în cauză sub nivelul cerinţelor minime ale contextului social dat. Se pune atunci întrebarea: în ce constă etiologia deficienţei mintale?

Toţi specialiştii care, sub un aspect sau altul, au abordat această problemă subliniază, în primul rând, *caracterul complex şi variat al etiologiei deficienţei mintale*. Factorii cauzali fundamentali se situează, însă, în acele sectoare de bază, care determină, în general, evoluţia socio-umană a oricărui individ:

– *zestrea genetică* a individului (ereditatea), adică *ceea ce el a moştenit de la predecesori;*

– *mediul* şi *influenţele educative*, adică *ceea ce el dobândeşte* în interacţiunea multiplă dintre organismul propriu posesor al zestrei genetice şi condiţiile de existenţă biologică şi socială.

Cauzele care stau la baza apariției deficienței mintale sunt extrem de variate, agentul patogen fiind un mozaic de factori. Luând în considerare criteriile de natură medicală, psihologică, epidemiologică, genetică în clasificarea cauzelor deficienței mintale, C. Păunescu şi I. Muşu (1997) arată că există numeroase sistematizări ale factorilor – cauză. Cea mai frecventă clasificare este cea care împarte cauzele deficienței mintale în **endogene** şi **exogene**, după criteriul localizării factorului patogen în interiorul sau în afara individului. Însă mulți autori (ex.: J. De Ajuriaguerra) consideră această sistematizare pasibilă de confuzii terminologice.

Etiologia stărilor de handicap mintal se referă la problema mutațiilor genetice şi a aberațiilor cromozomiale care stau la baza unor *sindroame specifice ale deficienței mintale.* Mutațiile genetice şi aberațiile cromozomiale se pot produce spontan, prin interacțiunea întâmplătoare dintre organism şi mediu. De exemplu, asemenea fenomene pot avea loc sub influența unor radiații – naturale sau produse de om – sau sub influența altor factori. Prin cunoaşterea aprofundată a acestor fenomene sau a altora cu efecte similare asupra dezvoltării, se deschide calea controlului lor într-un context de *inginerie genetică*, aptă, în viitor, să-şi aducă o contribuție majoră la prevenirea unor mutații negative şi aberații cromozomiale generatoare de deviații, inclusiv în dezvoltarea intelectuală a anumitor copii.

Tot pe baza cunoaşterii temeinice a fenomenelor la care ne referim şi în condițiile unui consult de specialitate a celor în cauză, devine posibil *sfatul genetic*, oferit de specialişti (medici, psihologi) tinerilor aflați în preajma momentului de a-şi întemeia o familie.

O clasificare a cauzelor deficienței mintale mai aproape de realitate este realizată de C. Păunescu şi I. Muşu (1997), autorii desprinzând trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal:

a) factori biologici (ereditari, genetici);
b) factori ecologici;
c) factori psihosociali.

a) **Factorii genetici** sunt împărțiți la rândul lor în factori genetici **specifici** şi factori genetici **nespecifici (poligenici)**. Aceştia din urmă, imposibil de individualizat clinic sau genetic, formează grupa cazurilor „aclinice" sau endogene (debilitatea endogenă subculturală sau familială), care include majoritatea deficienților mintal lejer şi de gravitate medie.

Evidențiind această categorie de cauze se pun în lumină corelațiile dintre coeficientul de inteligență al deficientului mintal şi cel al rudelor sale.

Factorii genetici specifici determină sindroame numeroase, însă rare, cum ar fi:

– aberațiile cromozomiale (care stau la baza sindroamelor Turner, Klinefelter, Down etc.);

– ectodermozele congenitale (care duc la apariția sindromului Sturge Weber etc.);

– dismetaboliile (ce determină sindroame de genul idioției amaurotice, sindromului Hunter etc.);

– anomaliile craniene familiale (microcefalia, sindromul Apertt);

– disendocriniile (care determină apariția cretinismului endemic, hipotiroidismul etc.).

b) **Factorii ecologici** sunt factori extrinseci, fiind la rândul lor de trei feluri, în funcție de momentul (perioada) când acționează: factori prenatali (în timpul sarcinii), factori perinatali (în timpul naşterii) şi factori postnatali (după naştere, mai ales în primii 3 ani de viață ai copilului).

Dintre **factorii prenatali** care cauzează deficiență mintală amintim:

- *factori infecțioşi şi parazitari* (rubeolă, sifilis, toxoplasmă provocată de un parazit care depăşeşte bariera fetoplocentară, gripe repetate);
- *factori umorali* (incompatibilitate sanguină a factorului Rh între mamă şi copil);
- *factori toxici* – de natură exogenă (substanțe chimice administrate mamei, intoxicații alimentare, cu alcool, intoxicații profesionale acute sau cronice, utilizarea de medicamente cu acțiune teratogenă);
- iradierea fătului;
- icterul nuclear;
- lezarea sistemului nervos central al fătului ca urmare a unor traumatisme cranio-cerebrale contactate (cauzate de traumatismele fizice ale gravidei);
- factorii stresanți şi oboseala exagerată a gravidei;
- *factori de natură socio-economică* (prin neasigurarea alimentației suficiente şi adecvate, provocând carențe alimentare, malnutriții etc.);

- hemoragiile gravidei (mai ales în primele două luni de sarcină);
- tentativele de avort**.**

Factorii perinatali (neonatali) sunt reprezentați de:

- traumatisme cerebrale ale fătului (prin intervenții obstretice neadecvate, agresive – forceps);
- asfixia fătului prin strangulare cu cordonul ombilical (asfixia albă şi asfixia albastră), când se produce fenomenul de hipoxie;
- prematuritatea nou-născutului (născut înainte de termen – sub 9 luni sau subponderal – sub 2,5 kilograme);
- hemoragiile puternice;
- hipoglicemiile**;**
- îngrijirea perinatală deficitară a nou-născutului;

Factorii postnatali care acționează în primii ani de viață ai copilului (mai ales în primii 3 ani) sunt:

- bolile infecțioase grave de tipul meningitei sau encefalitei;
- bolile primei copilării (netratate corespunzător sau la timp – rujeola, rubeola etc.);
- infecțiile nutritive ale copilului;
- traumatismele cranio-cerebrale postnatale cauzate de accidente (lovituri, căderi);
- intoxicațiile (cu plumb, CO, alcool);
- vaccinurile nefăcute la timp sau nefăcute deloc;

c) Din categoria **cauzelor psihosociale** ale deficienței mintale enumerăm:

- *un mediu familial nefavorabil* (ostil, agresiv sau indiferent-pasiv);
- *carențe educative şi afective* accentuate (copilul fiind privat mai ales din punct de vedere afectiv, fapt ce afectează dezvoltarea sa psihică ulterioară);
- tipul mediului de apartenență (există studii care arată că incidența fenomenului deficienței mintale este mai mare în mediul rural decât în cel urban);
- mărimea familiei (existând o mare probabilitate să apară cazuri de deficiență mintală în familiile cu mulți copii);
- *condițiile socio-economice defavorabile.*

Mediul, ca factor al dezvoltării umane, este constituit din totalitatea elementelor cu care individul interacționează, direct sau

indirect, pe parcursul dezvoltării sale. Deşi apare ca principal furnizor al materialului ce stimulează potențialul ereditar, acțiunea mediului, pe ansamblu aleatoare, poate fi în egală măsură o şansă a dezvoltării (un mediu favorabil), dar şi o frână sau chiar un blocaj al dezvoltării (un mediu substimulativ, ostil, insecurizant sau alienant).

O asemenea situație, când mediul reprezintă o frână sau un blocaj în calea dezvoltării, când un eventual potențial ereditar pozitiv nu este valorificat la nivelul său real, copilul rămânând mult în urma parametrilor obişnuiți ai dezvoltării pentru vârsta dată, o întâlnim, frecvent, în cazul **copiilor cu pseudodeficiență mintală.** În astfel de situații, datorită limitelor pe care le impune un mediu familial şi/sau instituțional viciat – generator de stres şi frustrări afective permanente – copiii respectivi nu-şi valorifică suficient un posibil genotip favorabil, dezvoltarea lor fiind distorsionată şi evoluând într-o direcție, mai mult sau mai puțin apropiată de cea pe care o determină o ereditare tarată şi/sau o afectare patologică a sistemului nervos central.

Este foarte important de ştiut că o intervenție timpurie, în sensul normalizării condițiilor de mediu, în primul rând ale mediului socio-familial, poate determina revenirea spre o stare obişnuită şi spre o adaptare eficientă a copiilor cu abateri inițiale de la traseul normal al acestui proces.

Un rol hotărâtor în procesul dezvoltării timpurii a copilului revine contactului permanent dintre acesta şi mama sa, ca factor central, catalizator, al mediului familial, contact care, pentru a fi eficient, trebuie să se realizeze în multiple planuri: *în plan fizic* – prin luarea copilului în brațe, prin hrănirea la sân, prin sprijinirea la primii paşi şi conducerea de mână, prin participarea nemijlocită la jocurile de mişcare ale copilului etc.; *în plan verbal* – prin cuvintele adresate copilului din primele zile, iar, mai târziu, prin povestirea unor istorioare accesibile, prin învățarea unor poezioare simple, prin răspunsuri la numeroasele întrebări puse de copil, prin conversație concretă, prin dirijarea verbală a activității copilului etc.; *în plan afectiv* – prin răspuns la surâsul şi zâmbetele copilului, prin tonalitatea caldă a vocii, prin manifestarea corespunzătoare la adresa copilului a celor mai variate emoții şi sentimente.

Mama este prezentă în viața copilului şi *indirect*, ea fiind, de regulă, personajul central în jurul căruia se clădesc relațiile de familie. Şi chiar dacă, în acest proces, în anturajul copilului apar – şi trebuie să apară,

în perspectiva unei dezvoltări normale – o serie de alte persoane, mai ales tatăl, frații şi surorile, bunicii, chiar dacă cu trecerea primilor ani se produce o anumită îndepărtare (pur fizică), mult timp persoana mamei rămâne totuşi centrală, nu numai prin sine, dar şi prin tot ce-l înconjoară pe copil. Patul în care doarme copilul, camera sa, casa părintească, împrejurimile acesteia, primele deplasări mai îndepărtate şi multe altele sunt toate strâns legate de prezența mamei. În mod obişnuit, mama revine, adesea, în prim plan şi în contact direct cu copilul pe tot parcursul dezvoltării acestuia, ea îngrijindu-l când este bolnav, ea conducându-l la grădiniță sau, în primele zile, la şcoală etc. *Prin prezența sa directă, mama este cea care asigură copilului un sentiment de securitate, un echilibru afectiv.*

Privarea copilului de contactul sistematic cu mama sa, fie din motive obiective – deces, despărțire forțată, fie din motive subiective – abandon, indiferența mamei, suprasolicitarea acesteia în activități profesionale sau de alt gen – poate avea consecințe nefaste asupra dezvoltării copilului în continuare. Aceasta mai ales atunci, când, datorită unor afecțiuni suferite în perioada prenatală, în momentul naşterii sau în primii ani de viață, copilul este expus pericolului unei dezvoltări anormale. În cazul în care unii copii cu deficiențe, inclusiv cu deficiențe mintale accentuate, sunt internați de timpuriu într-o unitate specializată de asistență şi educație terapeutică, lipsa influențelor pozitive exercitate de mamă va duce, inevitabil, la accentuarea manifestărilor negative specifice deficienței respective.

Cel de al treilea factor care influențează dezvoltarea este *educația*. Practic, educația nu poate fi izolată de condițiile de mediu, ea reprezentând elementul activ, care dinamizează, organizează şi orientează acțiunea mediului asupra individului în cauză.

O educație precară – înțelegând prin aceasta şi o instruire prost concepută – poate perturba activitatea psihică. Cu alte cuvinte, *educația precară, instrucția concepută în afara dezideratului şi a individualizării pot deveni, la un moment dat, surse complementare (dacă nu chiar determinante) de handicapare.*

Alte cauze ale deficienței mintale sunt reprezentate de *vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților şi de scăderea funcției de procreație a tatălui.*

1.4. **Tipologia handicapului mintal**

Putem împărți tipurile de handicap mintal, în funcție de IQ (CI – coeficient de inteligență) în:

– intelect de limită sau liminar, cu un IQ care variază între 80 – 90 şi marchează granița dintre normalitate şi handicap;

– debilitatea mintală (handicap mintal uşor sau deficiență mintală moderată, de gradul I.), cu un IQ între 50 – 70/80;

– handicapul mintal sever (deficiența mintală de gradul al II-lea, sau imbecilitatea), cu un IQ între 20 – 50;

– handicapul mintal profund (deficiența mintală de gradul al III-lea sau idioția), cu un IQ sub 20.

a. *Deficiența mintală moderată (de gradul I) – debilitatea mintală*

Este cea mai frecventă formă de handicap mintal, fiind întâlnită şi sub titulatura de debilitate intelectuală sau întârziere mintală uşoară (OMS, DSM IV). E. Séguin este cel care a introdus acest termen pentru a-l deosebi de idiot şi de fenomenul de demență. Termenul însă nu are acelaşi conținut în toate țările. Astfel, după E. Dupré, debilitatea mintală include toate formele de arierație mintală: idioție, imbecilitate, debilitate mintală. În Germania, termenul este echivalent cu insuficiența mintală (vârsta mintală de 8 – 12 ani).

Debilitatea mintală este definită diferit; unii autori bazându-se în definiție pe deficitul intelectual (deficit de bază), alții pe deficitul psihosocial (care poate sau nu să fie implicat în deficitul de bază), iar alți autori presupun că deficitul de bază şi organizarea psihologică a debilului sunt consecințele unei dezordini relaționale precoce.

Proba şcolară rămâne până-n zilele noastre un criteriu de selecție şi triere pentru învățământul special a subiecților (copiilor) suspectați de deficiență mintală.

Putem conchide (C. Păunescu, I. Muşu, 1997) că debilii mintal formează grupa de deficiență mintală uşoară, *cu un coeficient de inteligență între 50 – 70/80, recuperabili pe plan şcolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instrucției, educației şi exigențelor societății.*

Debilul mintal **se caracterizează** printr-o insuficiență a dezvoltării intelectuale, care-i lasă posibilitatea să ajungă la **autonomie socială**, **fără a-şi putea asuma total responsabilitatea faptelor sale**, întrucât este **incapabil să prevadă implicațiile (consecințele)** acțiunilor sale.

Trăsături definitorii pentru debilitate sunt: inadaptarea socială, lipsa de discernământ (distincție între bine şi rău), naivitatea, influențabilitatea (sunt uşor de angrenat în acte ilegale), lipsa (sau diminuarea) motivației de a avea grijă de propria persoană. Debilului mintal îi sunt afectate operațiile gândirii (maximum de performanță fiind reprezentat de stadiul operațiilor concrete în dezvoltarea intelectului). Debilii mintal sunt greu de depistat, întrucât pot avea un comportament docil, pot manifesta o memorie excelentă (în speță mecanică), o fluență verbală bună, sau pot trece neobservați, fiind şterşi în comportament, timizi.

Cu un slab activism în fața sarcinilor pe care le are de rezolvat şi cu o motivație deficitară, cu superficialitate în emiterea judecăților de valoare, infantilism în planul afectivității şi instabilitate relațională, debilul mintal se caracterizează şi printr-un deficit de atenție, printr-o sărăcie a reprezentărilor şi lipsă de detalii. Gândirea presupune inerție în rezolvarea de probleme (acestea neputând fi rezolvate pe căi originale, noi), iar memoria se dovedeşte fundamental mecanică, existând serioase deficiențe pe linia înregistrării logice a informațiilor şi a sesizării cauzalității fenomenelor.

Totuşi, debilii mintal ajung să-şi însuşească deprinderile de scris-citit, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mintal, fără însă să atingă nivelul gândirii formale. Ei pot achiziționa unele cunoştințe în activitate şi în viața socială, dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării psihice şi al adaptării lor rămâne limitat.

Însă trebuie bine înțeles faptul că dezvoltarea mintală maximă la care poate ajunge un debil mintal nu este echivalentă cu aceeaşi vârstă mintală a unui copil normal (de ex., un debil cu vârstă mintală de 10 ani este diferit de un copil normal de 10 ani chiar dacă ei au un nivel mintal identic).

Se poate întâmpla, de asemenea, ca debilii mintal de acelaşi nivel intelectual (stabilit pe baza IQ) să aibă o dezvoltare şcolară, profesională şi socială diferite, capacitatea de adaptare la condițiile de viață şi de muncă ale acestora depinzând de experiența lor în primii ani de viață, de

tratamentul administrat, de atitudinea familiei, a şcolii, de eşecurile din primii ani din viață.

Debilitatea mintală se poate prezenta sub mai multe **forme** în funcție de mai multe criterii luate în clasificare. Astfel, după:

● **gradul gravității insuficienței mintale** – distingem debilitatea mintală: profundă, severă, mijlocie, lejeră (criteriu ce include în debilitatea mintală şi celelalte forme ale deficienței mintale);

● **mecanismele de producere –** diferențiem: debilitate patologică şi debilitate normală;

● **factori cauzali** s-au evidențiat: debilitatea exogenă (dobândită) şi debilitatea endogenă (înnăscută). (A. A. Strauss şi N. Werner);

● **criteriul determinării în timp –** avem: debilitate primară şi secundară.

Debilitatea uşoară se caracterizează printr-un IQ între 50 – 85. Copiii cu această formă de debilitate sunt educabili, făcând față exigențelor şcolare obişnuite până la vârsta de 10 ani. Ei se împart în două categorii: unii la care există o reală debilitate şi alții la care debilitatea este uşoară, funcțională (cauza fiind subnutriția) sau culturală (întârzierea fiind în planul achiziționării informațiilor şi posibil de depăşit). Debilii mintal uşor sunt sugestionabili, putând fi repede recrutați în grupuri delincvente, dar putând ajunge şi buni executanți în profesii nu foarte complicate, cu caracter accentuat repetitiv.

Debilitatea moderată se exprimă printr-un IQ de 35 – 50 şi un nivel mintal de 5 – 7 ani la vârsta adultă. Depistarea copiilor cu această formă de deficiență mintală se face uşor, întrucât ei învață să vorbească foarte greu, stabilesc cu dificultate relații sociale, sunt dependenți de o persoană din anturaj, au anumite anormalități fizice care afectează coordonarea mişcărilor sau comportamentul.

Debilitatea severă cu un IQ între 20 – 35 nu depăşeşte nivelul intelectual de 3 – 5 ani. Un astfel de copil învață să vorbească la un nivel foarte simplu, are defecte fizice şi este foarte dependent de prezența cuiva din anturajul său.

Debilitatea profundă presupune un IQ sub 20 şi este cea mai dramatică formă de deficiență mintală, nedând posibilitatea nici măcar învățării de mişcări simple şi necesitând o supraveghere şi o îngrijire permanente din partea celorlalți.

O altă clasificare a debilității presupune împărțirea ei în exogenă şi endogenă. **Debilitatea endogenă** include acele debilități considerate „normale”- înnăscute, în timp ce **debilitatea exogenă** se referă (după A. A. Strauss) la acei copii care au suferit înainte sau în timpul naşterii de o infecție a sistemului nervos central cu consecințe negative în plan perceptiv, conceptual şi comportamental. Asemenea debili mintal sunt caracterizați prin hiperactivitate, instabilitate a dispoziției, anxietate, labilitate, agresivitate, la care E. Doll adăuga dificultăți de limbaj, deficit vizual, de auz, lateralitate de ritm.

Formele de **debilitate mintală primară şi secundară** au la bază criteriul apariției în timp. Astfel, **debilitatea primară** include toate cazurile care au drept cauză o **transmisie familială**, în timp ce forma **secundară** înscrie acele cazuri determinate de anomalii de dezvoltare sau de accidente şi boli.

Alături de aceste forme de debilitate mintală, **din punct de vedere clinic** se pot distinge două forme mari: **debilul armonic,** la care insuficiența intelectuală este primordială şi **debilul dizarmonic,** la care tulburările intelectuale sunt asociate cu cele afective.

Debilul armonic (Th. Simon, G. Vermeylen) – sinonim cu „debilul ponderat” sau „utilizabil” sau „simplu pasiv” – marchează cazurile la care deficitul intelectual constituie elementul fundamental. Acest deficit este posibil de compensat datorită calităților afective, docilității, pasivității, adaptabilității, fiind posibilă educarea.

Debilul dizarmonic – sau „debilul complet” – se caracterizează prin preponderența tulburărilor de comportament şi a celor afective la care se pot adăuga şi tulburări în plan psihomotor. Există, după Simon şi G. Vermeylen, mai multe **forme** de manifestare a debilității dizarmonice: debil instabil, excitat, emotiv şi hipermotor, prostul, apaticul, debilul epileptoid, pervertit sau pervers, fiecare formă având anumite trăsături specifice. Astfel, de exemplu, **debilul dizarmonic instabil** se caracterizează prin incapacitatea de concentrare, agitație, incoerență, inconştiență etc., în timp ce **debilul dizarmonic emotiv** se evidențiază printr-o instabilitate afectivă mai pronunțată, dar un nivel intelectual superior primilor.

Prostul – „debilitatea mintală camuflată” – se caracterizează printr-o bună capacitate mnezică, o aparentă uşurință verbală, sugestibilitate, manierism, randament şcolar mediocru, în timp ce **leneşul**

(alt tip de debilitate dizarmonică) manifestă indolență, lipsă de dinamism, incapacitate decizională (lenea fiind din naştere sau ocazională).

b. *Deficiența mintală severă (de gradul II) – imbecilitatea*

Imbecilitatea este cea de-a doua formă de deficiență mintală, situată între nivelul deficienței profunde şi cel al debilității mintale, reprezentând un procent de 18 – 20% din totalul deficienților mintal. *Imbecilitatea, stare mintală deficitară ireversibilă, constă în incapacitatea de a utiliza şi înțelege limbajul scris-citit (fără ca acest lucru să fie consecința unei tulburări vizuale, auditive, sau motrice etc.) şi de a avea grijă de propria-i întreținere.*

În urma unor influențe medico-pedagogice, imbecilii pot totuşi să ajungă să citească şi să scrie, dar o fac la nivelul silabelor şi al cuvintelor. Imbecilul, capabil să achiziționeze un volum minim de cunoştințe, insuficiente însă pentru o şcolarizare corespunzătoare şi pentru realizarea independentă a unei activități, este instruibil până la un punct. De asemenea, el este în stare de unele calcule elementare, fără a putea însă achiziționa conceptul de număr şi a-şi forma o reprezentare clară despre numere şi componența lor.

Coeficientul de inteligență asociat acestei forme de deficiență variază la diferiți autori **între 20 – 55/60**, în timp ce **vârsta mintală atinsă de un imbecil se situează în intervalul 3 – 7 ani.**

Din punctul de vedere al capacității, imbecilul este o persoană incapabilă de a se întreține singură, dar cu o capacitate normală de autoprotecție, nefiind necesară o asistență permanentă. Este capabil să se apere împotriva pericolelor obişnuite (apă, foc, dificultăți stradale). Această capacitate a imbecilului (de autoprotecție) îl deosebeşte, de fapt, de idiot.

Ritmul său de dezvoltare fizică şi psihică nu-i permite decât o adaptare socială relativă, imbecilul fiind capabil de adaptabilitate la activități simple, rutiniere, în condiții de plasare în instituții de asistență şi protecție psihopedagogică de tip cămine-şcoală. Viitorul social al acestui deficient mintal depinde, în mare măsură, de mediul de viață şi de afectivitate. *Imbecilul stabil* se va putea încadra într-o disciplină socială elementară, iar dacă vorbim de *imbecilul cu manifestări psihopatice,* acesta va fi instituționalizat.

Sintetic, putem spune că imbecilii formează acea grupă de deficienți mintal cu un IQ de 30-50, recuperabili din punct de vedere profesional şi social, educabili şi perfectibili, adaptabili la procesul de instrucție, educație, cu un anumit grad de relativitate însă, integrabili în comunitate în condiții protejate.

Există mai multe **forme clinice de imbecilitate, clasificate în funcție de diferite criterii.**

După gradul de deficit, E. Seguin împarte imbecilitatea în: *superioară* (debilitate profundă) şi *inferioară*, iar E.A. Doll afirmă existența a trei grade de imbecilitate: inferior, mijlociu şi superior.

După comportament, A.F. Tredgold susține o clasificare de tip binar: *imbecil stabil* (apatic) – liniştit, fără agresivitate manifestată, inofensiv, cu o afecțiune preponderent paternă şi *imbecil instabil* (excitat) – agresiv, agitat, incapabil de a sta locului, vorbind fără întrerupere.

În funcție de afectivitate, activitate voluntară şi particularitățile neurodinamicii, S.M. Pevzner găseşte două grupe de imbecili: a nepăsătorilor, inhibaților, somnolenților, apaticilor, indiferenților şi a doua, formată din cei dezinhibați, neliniştiți, excitabili, agresivi.

Există şi *forme clinice aparte* de imbecibilitate având la bază o etiologie necunoscută: *arierația autistică* (deficit intelectual pronunțat, absența comunicării cu posibilități de educare reduse, capabil doar de automatisme şi de comportamente condiționate), *imbecilii prodigioşi* (caracterizați printr-o dizarmonie de dezvoltare intelectuală şi prezența unei hipermnezii mecanice fantastice).

c. *Deficiența mintală profundă (de gradul al III-lea) – idioția*

Idioția reprezintă forma cea mai gravă, mai dramatică de deficiență mintală, previzibilă din copilărie, din fericire rar întâlnită (5% din totalul deficienților mintal).

Contemporan, idioția se defineşte după criteriul capacității de autoprotecție, adică al capacității de a răspunde de propria securitate în viața de toate zilele, fiind încadrată în grupa deficiențelor mintale cu importante tulburări organo-vegetative, senzorio-motrice şi instinctive. *Idiotul nu este decât o persoană cu deficit mintal, incapabil să vegheze asupra propriei sale siguranțe în viața cotidiană.*

Dezvoltarea intelectuală a idiotului se opreşte la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.

Idiotul este recuperabil doar într-un grad foarte mare de relativitate în plan profesional, fiind posibil de plasat doar în condiții de muncă protejată.

Şi din punct de vedere somatic există în cazul acestei deficiențe mintale anumite caracteristici: o stagnare a dezvoltării fizice, un „facies" aparte – frunte îngustă, urechi malformate, frecvente anomalii dentare, ale limbii sau ale craniului. Rezistența la infecții a idiotului este extrem de scăzută şi de aceea mortalitatea în rândul acestor deficienți mintal este destul de frecventă.

Afectivitatea idiotului este puternic marcată de primitivism, frecvent acesta manifestând o afecțiune narcisică pentru propriul corp.

Există **forme clinice** distincte ale idioției, în funcție de variate criterii de clasificare, deşi unii autori consideră că nu există idioție, ci idioți.

După criteriul limbajului (E. Seguin) există trei forme de idioție: idiotul a cărui comunicare se rezumă doar la cuvinte şi propoziții scurte, idiotul la care articularea se limitează la cuvinte monosilabice, idiotul la care limbajul lipseşte total.

După criteriul anatomic (Bourneville) se disting şapte tipuri de idioție: idioția cu microcefalie, idioția cu hidrocefalie, idioția asociată cu întârziere în dezvoltarea cerebrală, idioția asociată cu agenezie cerebrală, idioția asociată cu scleroză hipertrofică, idioția asociată cu scleroză atrofică, idioția mixodermatoasă.

După **criteriul gradului de gravitate** (F. Voisin, Cl. Kohler, J. de Ajuriaguerra) există două tipuri mari de idioție: idioția completă şi idioția incompletă (parțială).

Idioția completă este tipul de idioție rar întâlnită, fiind fixată la nivelul automatismelor, al activității rudimentare, al comportamentelor instinctive, dezordonate (fie de natură alimentară – ex. bulimie, fie de natură sexuală – ex. masturbație). În general, idiotul cu această formă trăieşte foarte puțin. Idiotul complet are afectată cronic o parte sau tot sistemul nervos, rămânând la nivelul vârstei mintale de 1 an, fără posibilități de comunicare, cu tulburări neurologice serioase. Viața sa este pur „vegetativă", acțiunile sale sunt instinctive, reflexe, impulsive, astfel că şansele sale de a supraviețui sunt reduse. Funcțiile sale vegetative sunt

limitate la o lăcomie evidentă, cu sau fără perturbarea gustului, mâncând orice îi apare în cale, din această cauză apărând frecvent fenomene de diaree sau de ocluzii intestinale.

Idiotul incomplet (parțial) se caracterizează prin afectarea parțială a sistemului nervos, printr-o vârstă mintală de trei ani şi deficite senzoriale destul de accentuate. Percepțiile lui sunt slab dezvoltate, memoria îi este relativ dezvoltată la nivelul recunoaşterii obiectelor şi a persoanelor din jur, a unor date concrete şi simple referitoare la experiența sa de viață. Posibilitățile de comunicare ale idiotului incomplet sunt reprezentate de cuvinte de tip monosilabic, el având dificultăți de înțelegere chiar şi a comenzilor simple. De asemenea, planul motric este grav afectat în această formă de deficiență mintală: paralizii ale membrelor inferioare, anchilozări etc. Mişcările idiotului incomplet sunt anormale, ritmice, stereotipe, cu tremurături, balansări ale trunchiului sau ale capului, sugere de degete etc. În general, acest idiot este inert, foarte rar agitat sau turbulent. Spre deosebire de idiotul complet, nu distinge ce este şi ce nu este comestibil, deşi prezintă tendințe primitive de foame şi de sete. În plus, această formă de idioție este una cu un oarecare grad de dezvoltare, dând posibilitatea achiziției unui număr de mecanisme motorii elementare, de relații afective simple şi a unor posibilități de dresaj.

După posibilitățile de dezvoltare, Ajuriaguerra distinge alte două tipuri de idioție: idioția automatico-reflexă – la nivel neo-natal, corespunzătoare idioției complete şi idioția cu un anumit grad de dezvoltare, echivalentă cu idioția incompletă.

Acelaşi autor împarte idioția în mai multe tipuri, în funcție de **criteriul afectiv**: idiot apatic, placid, indiferent, relativ maniabil şi idiotul excitabil, cu tendințe distructive de autorănire, automutilare.

d. *Handicapul de intelect liminar (de limită)*

În afara celor trei forme clinice ale deficienței mintale descrise anterior (debilitate, imbecilitate şi idioție), există şi o *formă de handicap mintal care acoperă zona de graniță dintre normal şi patologic şi este reprezentată de handicapul de intelect liminar*.

Această formă de deficiență mintală se întâlneşte când vorbim despre un **decalaj între vârsta mintală şi vârsta cronologică de 2 ani, 2 ani şi jumătate la 10 ani, decalaj care va creşte treptat până la 5 ani**

la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuală la vârsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).

Din punct de vedere somatic, copilul cu acest tip de deficiență este subdezvoltat atât ponderal, cât şi statural, având frecvent semne de rahitism şi anemie. În plan neurologic pot exista tulburări motorii de tip paralitic, tulburări de echilibru, fenomene hipoacuzice etc.

Din punct de vedere psihopatologic, copiii cu handicap liminar au anumite caracteristici definitorii: în condiții de sarcini şcolare dau răspunsuri inegale (când corecte, când incorecte), formulează un răspuns în etape (având nevoie de ajutor, de întrebări suplimentare şi de o atitudine încurajatoare din partea învățătoarei în acest sens), solicită timp pentru a răspunde unei întrebări. Ei sunt capabili să rezolve probleme cu un anumit grad de dificultate (complexitate), dincolo de care însă se lovesc de insucces şcolar. În planul lexicografic pot întâmpina dificultăți, aşa cum şi în plan relațional există unele greutăți, din cauza anxietății puternice şi a nesiguranței care îi caracterizează. Labili emoțional, cu o teamă de eşec constantă, fără a fi stăpâni pe ei înşişi, aceşti copii pot abandona brusc o activitate (aparent fără un motiv anume).

1.5. **Diagnosticarea deficienței mintale. Diagnosticul diferențial**

Până în prezent, atât pe plan național cât şi internațional nu există criterii unice pentru diagnosticare, întrucât starea de deficiență mintală este dificil de diagnosticat din cauza unui complex de factori: mijloacele de diagnosticare sunt insuficient de perfecționate, modificarea psihometriei (care nu este suficientă pentru a stabili cu certitudine starea de deficiență, ea constituind doar un indicator ce oferă posibilitatea unei cuantificări), dificultăți în discriminarea deficienței mintale veritabile de cea aparentă, consecința unor deficite informaționale şi a faptului că se raportează la nivelul de exigență sau la gradul de toleranță impus de mediul social.

Complexitatea sindromului de deficiență mintală caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltării mintale, în special a funcțiilor cognitive, consecință a unor cauze endocongenitale sau apărute în cursul primei copilării, impune necesitatea stabilirii **diagnosticului diferențial** sub multiple aspecte.

a) **Diagnosticul diferențial în cadrul sindromului de deficiență mintală**

Formele clinice ale sindromului de deficiență mintală sunt extrem de multiple, în funcție de natura etiologică, de **gravitatea deficienței**, de modul de organizare a personalității. Aşa se explică varietatea tabloului simptomatologic în domeniul somatic, neurologic, psihopatologic.

Se disting, astfel, trei forme de deficiență mintală, în funcție de gravitate: lejeră, medie, profundă.

Criteriul psihometric şi **cel şcolar** pot constitui doi indicatori care duc la precizarea diagnosticului diferențial în funcție de anumiți parametri: capacitatea de adaptare la grupul social de diverse densități, ritmul de dezvoltare etc.

b) **Diagnosticul diferențial față de stările cu simptomatologie apropiată**

Frecvent, din cauza unor tablouri simptomatologice apropiate de cel al deficienței mintale, apar confuzii cu implicații privind prognoza şi depistarea posibilităților de perfectibilitate.

Din acest punct de vedere, deficiența mintală trebuie diferențiată de:

– persoanele cu dezvoltare psihică normală, dar neinstruite (care supuse instruirii, chiar tardive, pot depăşi plafonul cognitiv inițial);

– întârzierea mintală (pedagogică şcolară), cauzată de carențe afective, mediu social deficitar, carențe educative etc.;

– pseudodebilitatea mintală (persoana are cunoştințe normale, dar adaptarea socială este deficitară, aidoma deficientului mintal);

– stările de întârziere mintală determinate de unele deficite senzoriale (de văz sau de auz).

c) **Diagnosticul diferențial în raport cu fenomenologia psihopatologică**

Această problemă continuă să fie controversată. După C. Gorgos (1991), diagnosticul diferențial al deficienței mintale se stabileşte cu:

– stările deficiente de tip psihopatoid;

– alte stări deteriorate, în care dezvoltarea psihică este normală până la data îmbolnăvirii (afecțiuni toxice; traumatice etc.);

– tulburările de dezvoltare a personalității;

– psihozele cu evoluție defectuală (autism infantil);

– deficite senzoriale primare care, reducând posibilitățile de comunicare, duc la întârziere mintală uşoară, secundară.

De asemenea, trebuie făcută o distincție între deficiență mintală şi alte forme psihopatologice: **demența precoce** (care presupune regresia funcțiilor deja elaborate), **deteriorarea mintală** (un deficit mintal ireversibil, temporar sau definitiv, ca urmare a unor leziuni organice sau funcționale ale creierului, a unor boli mintale sau îmbătrânirii fiziologice), **epilepsia**, **reacțiile nevrotice** şi **psihopatice**, **tulburări de comportament.**

1.6. **Limite şi posibilități în recuperare a handicapaților mintal**

Termenul de „recuperare", specific României, are în esență, o semnificație echivalentă, deşi e sesizabilă o anume încărcătură medicală şi socială (legată de moştenirea „recuperării" prin muncă). **Recuperarea se referă la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei funcții umane, plecându-se de la premisa că aceasta s-a pierdut.** Noțiunea pare, astfel, inoperantă în cazul deficiențelor dobândite sau al celor în care e evident imposibilă refacerea.

Scopul recuperării constă, aşadar, în valorificarea la maxim a posibilităților individului handicapat, funcțiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea funcțiilor afectate. Se urmăreşte astfel formarea unor abilități şi comportamente care să-i permită handicapatului o integrare în viața profesională şi socială.

Metodologia utilizată în acest scop poate fi preponderent **psihologică**, **pedagogică** sau **medicală**; rezultatele cele mai bune se obțin prin combinarea celor trei forme, adoptându-se astfel o acțiune unitară concretizată în terapia complexă a recuperării. Accentul pus pe una sau pe alta dintre cele trei componente trebuie să țină seama de: gravitatea handicapului, evoluție, nivelul dezvoltării funcțiilor neafectate, de posibilitatea suplinirii funcțiilor deteriorate de către formațiunile sănătoase, de vârsta cronologică şi mintală a subiectului, sexul său etc.

Principalele forme de recuperare sunt realizate prin: învățare, psihoterapie şi terapie ocupațională.

a) Recuperarea prin învățare

Este o metodă de intervenție recuperatorie cu atât mai eficientă cu cât începe într-o formă organizată de la vârsta preşcolară, ținând cont de

specificul handicapului. Formele de învățare eficiente în recuperarea handicapului mintal sunt cele de tip **afectiv** şi **motivațional**, forme ce trebuie însoțite obligatoriu de **învățarea morală** şi **învățarea motrică**.

Acolo unde este posibil (în funcție de gravitatea deficienței mintale) se poate realiza şi **învățarea** de tip **intelectual**, având drept obiectiv acumularea de informații elementare, însuşirea unui aparat conceptual, a operării instrumentale. În acest tip de învățare, **metodele verbale** sunt esențiale.

O altă formă de învățare utilizată în recuperarea deficienței mintale este **învățarea socială**, prin care handicapatul este orientat spre modele comportamentale concrete, stimulându-se capacitatea sa de **imitare** spontană. În acest context, empatia este fenomenul de bază în stabilirea relațiilor interpersonale. Utilă este folosirea de **întăritori**, atât **pozitivi** (recompensa – materială sau de tip afectiv, laudă etc.), cât şi **negativi** (admonestarea, sancționarea verbală etc.).

b) Recuperarea prin psihoterapie

Deşi este o metodă de intervenție eficientă, ea este destul de puțin utilizată în unitățile pentru handicapați mintal. În cazul **formelor uşoare şi medii de deficiență mintală,** poate contribui cu succes la refacerea psihică şi socială a handicapatului. Deşi nu înlătură propriu-zis handicapul, psihoterapia acționează pozitiv asupra personalității individului deficient mintal, înlăturând anxietatea, negativismul, stările conflictuale, activând motivația, devenind un energizator pentru subiect.

Dintre formele psihoterapiei, adecvate handicapului mintal sunt **psihoterapia sugestivă** şi **psihoterapia de relaxare**, ținându-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influențabilitate şi dependență al handicapatului mintal. **Sugestia verbală pozitivă** acționează astfel pentru ameliorarea – înlăturarea unor comportamente aberante (de tip deviant), pentru formarea unor atitudini favorabile învățării şi activității, pentru stimularea dorinței şi interesului deficientului mintal pentru viața de colectiv.

Deşi **psihoterapia de relaxare** (ex: antrenamentul autogen Schultz) uzează de sugestie, ea o depăşeşte pe aceasta, având o dublă acțiune: atât asupra psihicului cât şi asupra fizicului, urmărindu-se organizarea vieții voliționale şi direcționarea deficientului mintal spre dobândirea autocontrolului asupra funcțiilor sale fiziologice.

Pentru succesul acestor tehnici de relaxare este necesar un anumit grad de înțelegere şi de participare conştient-voluntară din partea handicapatului, fapt care le face viabile doar în **formele uşoare de deficiență mintală**.

Rezultate foarte bune în recuperarea deficientului mintal oferă **terapia ludică (ludoterapia),** prin care se pot atinge toate obiectivele propuse în recuperare: dobândirea deprinderilor de viață cotidiană elementare, formarea abilităților de muncă (pentru anumite meserii), câştigarea unei autonomii personale, a posibilităților de comunicare şi relaționare socială, în vederea integrării lor în colectiv şi în societate.

c) Recuperare prin terapie ocupațională

Poate fi utilizată cu succes în toate formele de handicap mintal, dintre formele de terapie ocupațională semnificative enumerând: **ludoterapia**, **arterapia**, **dansterapia**, **ergoterapia**. Aceste metode de recuperare au „priză" la deficienții mintal din cauza interesului viu manifestat de mulți dintre ei pentru muzică, dans, pictură, joc, confecționare de obiecte etc., activități care sunt nu numai momente de consumare a energiei, ci şi ocazii de **formare şi dezvoltare a abilităților motrice, practice** sau a **deprinderilor profesionale**. La copiii mai mari, foarte eficientă este **ergoterapia**, care contribuie la integrarea lor într-o activitate cu caracter social. Bineînțeles că nu trebuie ignorată adaptarea solicitărilor exterioare (ale jocului, ale ocupației) la posibilitățile subiectului, fiind necesară asigurarea bunei dispoziții şi a interesului constante ale handicapatului.

În toate aceste tipuri de terapii trebuie să se pună accent pe **compensare**, stimulându-se funcțiile senzoriale şi psihice normale, nealterate.

Putem afirma că *o intervenție de tip recuperativ în cazul unei deficiențe mintale a avut succes dacă persoana cu handicap mintal a căpătat un anumit nivel de autonomie personală, şi-a însuşit abilități motorii şi dexterități manuale, fiind capabilă să exercite o profesie, dacă şi-a format comportamente adecvate la situație, dacă poate comunica oral şi în scris, dacă are format simțul autocontrolului etc.*

REZUMAT

Deficiența mintală se caracterizează în planul vieții psihice printr-o serie de trăsături generale specifice: vâscozitate genetică, heterocronie, rigiditate psihică, rigiditate a conduitei, deficiențe de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuală.

Toate funcțiile şi procesele psihice sunt afectate, într-un fel sau altul, de existența handicapului mintal. Astfel, în **planul senzorial-perceptiv,** se remarcă dificultăți de analiză, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau a imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. În ceea ce priveşte **planul reprezentării,** se constată imposibilitatea deficientului mintal de a structura un câmp de reprezentare pe bază de simboluri, fapt ce dovedeşte funcționalitatea slabă a structurii semiotice şi absența, aproape totală, a limbajului interior. **Gândirea deficientului mintal cu gradul de debilitate** este deficitară la nivelul proceselor superioare ale gândirii, putându-se evidenția anumite trăsături definitorii: gândire concretă, situativă, bazată pe clişee verbale, pe imitarea mecanică a acțiunilor şi a limbajului celor din jur, lacune majore în achiziția conceptelor abstracte şi o slabă capacitate de discernământ, dezordini intelectuale etc. **Imaginația** la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, neproductivă, intensitatea ei fiind invers proporțională cu gradul de gravitate a handicapului, mergând până la absența ei. La toate formele de deficiență mintală apar frecvent tulburări ale imaginației, sub forma **minciunii** și a **confabulației.** În ceea ce priveşte **nivelul mnezic** al deficitului mintal se poate afirma că, în majoritatea cazurilor (exceptând deficiențele severe, grave), acesta nu este modificat în mod evident. Memoria – în formele uşoare şi medii ale deficienței mintale – este considerată ca având **funcție compensatorie**, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive superioare. **Atenția** deficientului mintal diferă de cea a normalului nu atât sub aspectul performanțelor, cât prin **modalitatea organizării. Limbajul** deficientului mintal poartă amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate şi inerție specifice nivelului gândirii. Cele mai frecvente manifestări ale tulburărilor limbajului pe fondul deficienței mintale sunt cele de tipul **dislaliei, disgrafiei** şi **dislexiei**. Din punctul de vedere al **afectivității**, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind uşor de depistat fenomene de emotivitate

crescută, de puerilism şi infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate accentuate, caracterul exploziv şi haotic al reacţiilor în plan afectiv, controlul limitat al acestora. Diferenţe sesizabile între normal şi deficientul mintal se observă şi dacă ne raportăm la planul **motivaţional**, la deficientul mintal predominând interesele şi scopurile apropiate, trebuinţele momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenţiei şi neputinţa de a prevedea momentele mai importante ale activităţii făcându-l pe deficientul mintal (în speţă debilul mintal) să aibă dese insuccese. Aceste particularităţi ale activităţii psihice a deficientului mintal se corelează cu tulburările ce apar în **sfera psihomotricităţii**. Specifice pentru această deficienţă sunt: timpul de reacţie scăzut, viteza diminuată a mişcărilor, imprecizia lor dublată de sincinezii, imitarea deficitară a mişcărilor cu reflectarea lor în oglindă care prelungesc timpul de formare a dexterităţilor manuale şi care au semnificaţie în deprinderile grafice. Putem spune, aşadar, că personalitatea deficientului mintal este un **sistem decompensat** (C. Păunescu, I. Muşu, 1997).

Etiologia *handicapului mintal constă în aceste stări de deficienţă şi/sau incapacitate mintală, care determină scăderea randamentului intelectual şi adaptiv în cauză sub nivelul cerinţelor minime ale contextului social dat.* O clasificare a cauzelor deficienţei mintale mai aproape de realitate este realizată de C. Păunescu şi I. Muşu (1997), autorii desprinzând trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal: factori biologici (ereditari, genetici), factori ecologici, factori psihosociali.

În ce priveşte tipologia handicapului mintal, în funcţie de IQ (CI – coeficient de inteligenţă), există: **intelect de limită sau liminar (**la graniţa dintre normalitate şi handicap), **debilitatea mintală** (handicap mintal uşor sau deficienţă mintală moderată, de gradul I.), **handicapul mintal sever** (deficienţa mintală de gradul al II-lea sau imbecilitatea), **handicapul mintal profund** (deficienţa mintală de gradul al III-lea sau idioţia). ***Debilii mintal*** formează grupa de deficienţă mintală uşoară, *cu un coeficient de inteligenţă între 50 – 70/80, recuperabili pe plan şcolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instrucţiei, educaţiei şi exigenţelor societăţii.* ***Imbecilitatea,*** *stare mintală deficitară ireversibilă, constă în incapacitatea de a utiliza şi înţelege limbajul scris-citit (fără ca acest lucru să fie consecinţa unei tulburări vizuale, auditive, sau motrice etc.) şi de a avea grijă de propria-i întreţinere.* **Coeficientul**

de inteligență asociat acestei forme de deficiență variază la diferiți autori **între 20 – 55/60**, în timp ce **vârsta mintală atinsă de un imbecil se situează în intervalul 3-7 ani.** ***Idioția*** se defineşte după criteriul capacității de autoprotecție, adică al capacității de a răspunde de propria securitate în viața de toate zilele, fiind încadrată în grupa deficiențelor mintale cu importante tulburări organo-vegetative, senzorio-motrice şi instinctive. *Idiotul nu este decât o persoană cu deficit mintal, incapabil să vegheze asupra propriei sale siguranțe în viața cotidiană. Dezvoltarea intelectuală a idiotului se opreşte la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.*

Există şi o *formă de handicap mintal care acoperă zona de graniță dintre normal şi patologic şi ea este reprezentată de handicapul de intelect liminar*, când vorbim despre un *decalaj între vârsta mintală şi vârsta cronologică de 2 ani, 2 ani şi jumătate la 10 ani, decalaj care va creşte treptat până la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuală la vârsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).*

Complexitatea sindromului de deficiență mintală caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltării mintale, în special a funcțiilor cognitive, consecință a unor cauze endocongenitale sau apărute în cursul primei copilării, impune necesitatea stabilirii **diagnosticului diferențial** sub multiple aspecte. Vorbim despre ***diagnostic diferențial*** *în cadrul* ***sindromului de deficiență mintală*** (formele clinice ale sindromului de deficiență mintală sunt extrem de multiple, în funcție de natura etiologică, de **gravitatea deficienței**, de modul de organizare a personalității), *în raport* **cu fenomenologia psihopatologică** etc.

Recuperarea *ca modalitate de intervenție se referă la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei funcții umane, plecându-se de la premisa că aceasta s-a pierdut***.** Noțiunea pare astfel inoperantă în cazul deficiențelor dobândite sau al celor în care e evident imposibilă refacerea. Scopul recuperării constă aşadar în valorificarea la maxim a posibilităților individului handicapat, funcțiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea funcțiilor afectate. Se urmăreşte, astfel, formarea unor abilități şi comportamente care să-i permită handicapatului o integrare în viața profesională şi socială. Metodologia utilizată în acest scop poate fi preponderent **psihologică**, **pedagogică** sau **medicală**. Principalele forme de recuperare folosite în cazul handicapului mintal

sunt realizate prin: învățare, psihoterapie şi terapie ocupațională. Dintre formele psihoterapiei, adecvate handicapului mintal sunt **psihoterapia sugestivă** şi **psihoterapia de relaxare**, ținându-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influențabilitate şi dependență ale handicapatului mintal. Rezultate foarte bune în recuperarea deficientului mintal oferă **terapia ludică (ludoterapia)** prin care se pot atinge toate obiectivele propuse în recuperare: dobândirea deprinderilor de viață cotidiană elementare, formarea abilităților de muncă (pentru anumite meserii), câştigarea unei autonomii personale, a posibilităților de comunicare şi relaționare socială, în vederea integrării lui în colectiv şi în societate. **Recuperarea prin terapie ocupațională** poate fi utilizată cu succes în toate formele de handicap mintal, sub diferite forme: **ludoterapia**, **arterapia**, **dansterapia**, **ergoterapia**. În toate aceste tipuri de terapii trebuie să se pună accent pe **compensare**, stimulându-se funcțiile senzoriale şi psihice normale, nealterate. Putem afirma că *o intervenție de tip recuperativ în cazul unei deficiențe mintale a avut succes dacă persoana cu handicap mintal a căpătat un anumit nivel de autonomie personală, şi-a însuşit abilități motorii şi dexterități manuale, fiind capabilă să exercite o profesie, dacă şi-a format comportamente adecvate la situație, dacă poate comunica oral şi în scris, dacă are format simțul autocontrolului etc.*

CONCEPTE – CHEIE

- *Coeficient de inteligență(I.Q. - engl.)* = raportul dintre vârsta mintală (v. m.) a unui copil (apreciată prin metoda testelor) şi vârsta sa reală, cronologică (v. c.). Conceptul îi aparține lui W. Stern (1912) şi se bazează pe formula de calcul: IQ = v. m / v. c. X 100. Se presupune că deficiența intelectuală începe sub 70, iar inteligența superioară deasupra unui IQ de 130, valori valabile pentru persoanele care aparțin aceluiaşi grup social care a furnizat eşantionul utilizat pentru etalonarea testelor.
- *Compensare* = acțiune de contrabalansare a unei deficiențe. Este un proces psihologic, adesea inconştient, care constă în a compensa un deficit (infirmitate), real sau imaginar (presupus) printr-un comportament secundar, bine adaptat la realitate (compensare senzorială = compensarea pierderii unui simț – ex. auz – prin dezvoltarea altui/ altor simțuri – ex. văz, tact).

- *Debilitate mintală = formează grupa de deficiență mintală uşoară*, cu un coeficient de inteligență între 50 – 70/80, deficienții cu acest grad fiind recuperabili pe plan şcolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instrucției, educației şi exigențelor societății.
- *Idioție = deficiență mintală profundă;* se defineşte după criteriul capacității de autoprotecție, adică al capacității individului de a răspunde de propria securitate în viața de toate zilele, fiind încadrată în grupa deficiențelor mintale cu importante tulburări organo-vegetative, senzorio-motrice şi instinctive. Idiotul nu este decât o persoană cu deficit mintal, incapabilă să vegheze asupra propriei sale siguranțe în viața cotidiană, dezvoltarea sa intelectuală oprindu-se la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.
- *Imbecilitate* = stare mintală deficitară ireversibilă; constă în incapacitatea de a utiliza şi înțelege limbajul scris-citit (fără ca acest lucru să fie consecința unei tulburări vizuale, auditive, sau motrice etc.) şi de a avea grijă de propria-i întreținere. Coeficientul de inteligență asociat acestei forme de deficiențe variază la diferiți autori între 20 – 55/60, în timp ce vârsta mintală atinsă de un imbecil se situează în intervalul 3 – 7 ani.
- *Intelect liminar* = formă de handicap mintal care acoperă zona de graniță dintre normal şi patologic, când vorbim despre un decalaj între vârsta mintală şi vârsta cronologică de 2 ani, 2 ani şi jumătate la 10 ani, decalaj care va creşte treptat până la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuală la vârsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).
- *Pseudodebilitate* = termen aplicat unei categorii heterogene de cazuri (copii afectați de masive carențe culturale, afective, instabilitate psihomotorie, faze pre şi post-critice epileptice, lentoare patologică în gândire etc.) care pot fi diagnosticați ca *debili mintal* dacă se iau în considerare IQ şi performanțele şcolare ale acestora.
- *Recuperare* = modalitate de intervenție care se referă la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei funcții umane, plecându-se de la premisa că aceasta s-a pierdut. Scopul recuperării constă, aşadar, în valorificarea la maxim a posibilităților individului handicapat, funcțiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea funcțiilor afectate.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Enumerați trăsăturile psihice generale specifice deficienților mintal.
2. Caracterizați limbajul imbecilului.
3. Trasați obiectivele recuperării în cazul debilului mintal.
4. Realizați o paralelă între formele deficienței mintale privind palierele vieții psihice.

EXTENSII TEORETICE

Sindroame asociate deficienței mintale (sindroame-cauză)

Există o serie de sindroame clinice care se asociază cu diferite grade de deficiență mintală. Cele mai frecvent întâlnite dintre acestea sunt prezentate succint în tabelul următor:

SurditateaTI	**ETIOLOGIE**	**CARACTE-RISTICI**	**NIVEL RETARD MINTAL**
Sindromul DOWN (Trisomia 21 sau **Mongolism)**	Anomalie cromozomială (3 cromozomi x în loc de 2)	**-** gură și dinți mici; - ochi oblici; - mâini scurte, cu degetul mic curbat; - cap cu occiput plat.	În general un IQ între 20 și 50 **(handicap mintal sever** sau chiar **profund)**
Oligofrenia fenil-piruvică	Eroare metabolică ereditară, lipsind enzima care să neutralizeze fenilalanina (extrem de toxică)	**-** lipsa pigmentului (păr extrem de blond, ochi de un bleu foarte deschis)	Se asociază cu **handicapul mintal sever** sau **profund**.
Galactosemia	Lipsa galactozei-1-fosfat		
Gargoilismul	Afectarea depozitării mucopolizaharidelor	- trăsături grotești; - abdomen proe-minent; - malformații car-diace.	**Toate categoriile de handicap mintal (de la ușor la profund)**

SINDROAME	ETIOLOGIE	CARACTE-RISTICI	NIVEL RETARD MINTAL
Hipotiroidis-mul (Cretinismul)	Deficit de iod sau (rar) tiroidă atrofică	- creştere deficitară; - piele buhăită; - apatie.	
Hidrocefalia	- Anomalii de dezvoltare ereditare; - Meningită	- creştere rapidă a volumului capului	
Microcefalia	- Iradiere în timpul sarcinii; - Infecţii ale mamei.		**1/5 cazuri de retard mintal instituţio-nalizat (**vezi 3 – bibliografie)

BIBLIOGRAFIE

1. ARCAN P., CIUMĂGEANU D., *Copilul deficient mintal,* Ed. Facla, Timişoara, 1980.
2. ENĂCHESCU C., *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihic,* Ed.Medicală, Bucureşti, 1979.
3. GELDER M., GATH D., MAYOU R., *Tratat de psihiatrie – Oxford,* Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994, ed. a II-a.
4. GORGOS C., *Dicţionar enciclopedic de psihiatrie,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1988.
5. LAROUSSE, *Dicţionar de psihiatrie şi psihopatologie clinică,* Ed.Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.
6. LUNGU NICOLAE S., *Program de recuperare complexă a copilului handicapat mintal,* Institutul Naţional pentru Recuperarea şi Educaţia Specială a Persoanelor Handicapate, 1992.
7. LUNGU NICOLAE S., *Sfera perceptiv-motrică a handicapatului mintal,* Institutul Naţional pentru Recuperarea şi Educaţia Specială a Persoanelor Handicapate, 1994.
8. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educaţională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
9. NEVEANU POPESCU P., *Dicţionar de psihologie,* Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
10. PĂUNESCU C., *Agresivitatea şi condiţia umană,* Ed. Tehnică, Bucureşti, 1994.

11. PĂUNESCU C., *Limbaj şi intelect*, Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1973.
12. PĂUNESCU C., MUŞU I., *Psihopedagogie specială integrată – Handicap mintal. Handicap de intelect,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
13. PĂUNESCU C., *Copilul deficient. Cunoaşterea şi educarea lui,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1983.
14. PĂUNESCU C., *Deficienţa mintală şi procesul învăţării,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
15. PĂUNESCU C., *Deficienţa mintală şi organizarea personalităţii,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
16. PĂUNESCU C., MUŞU I., *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1990.
17. RADU GHE., *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 2000.
18. RADU GHE., STOICIU M., E., *Unele particularităţi ale învăţământului pentru debilii mintal*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
19. ROŞCA M., *Psihologia deficienţilor mintal*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
20. SIMA I., *Psihopedagogie specială – studii şi cercetări,* vol. I, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
21. STRĂCHINARU I., *Psihopedagogie specială*, vol. I, Ed. Trinitas, Iaşi, 1994.
22. ŞCHIOPU U., *Dicţionar de psihologie,* Ed. Babel, Bucureşti, 1997.
23. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaţilor,* Ed. Universităţii Bucureşti, 1990.
24. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
25. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8 , Ed. Universităţii Bucureşti, 1988.
26. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universităţii Bucureşti, 1987.
27. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerinţe educative speciale,* Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
28. ZAZZO R., *Debilităţile mintale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1979.
29. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

2. **DEFICIENȚA DE VEDERE (HANDICAPUL VIZUAL)**

2.1. **Definiția şi clasificarea deficiențelor vizuale**

Deficiența de vedere este o deficiență de tip senzorial şi constă în diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuității vizuale. Handicap vizual înseamnă, aşadar, scăderea acuității vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vieții intrauterine până la moarte.

Handicapul vizual apare, aşadar, din cauza insuficientei funcționări (sau chiar a eliminării) a analizatorului vizual.

Deficiența de vedere se poate clasifica în funcție de mai multe criterii.

1. Un prim criteriu de împărțire a formelor de handicap de văz constă în **gradul (gravitatea) defectului vizual.**

Clasificarea deficienților vizual după acest criteriu constituie, în primul rând, clasificarea lor în funcție de **acuitatea vizuală**, mai precis, în funcție de proporția păstrată din acuitatea vizuală. **Acuitatea vizuală** constituie facultatea regiunii musculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici. Limita inferioară la care un obiect poate fi perceput constituie *minimum perceptibile*. Capacitatea de separare a două imagini izolate pe retină constituie *minimum separabile.* Determinarea acuității vizuale se face cu ajutorul **optotipilor** (tabele potometrice). Tabelele optometrice sunt formate din rânduri de litere, cifre, semne sau imagini de mărime descrescândă, verificate statistic. Lângă fiecare rând este specificată distanța de la care dimensiunile respective pot fi percepute de un ochi emetrop (normal). Examinarea se face de la o distanță fixă de 5 metri, separat pentru fiecare ochi. Rezultatul (acuitatea vizuală) se calculează după formula v = d / D, la care numărătorul (d) este egal cu

distanța examinării (5 m.), iar numitorul (D) reprezintă distanța citirii rândului respectiv de către un ochi emetrop.

Clasificarea deficienților vizuali în funcție de acuitatea vizuală este redată în tabelul următor:

Gradul defectului vizual	Acuitatea vizuală exprimată în:			Locul de şcolarizare
	Fracții ordinale	**Fracții zecimale**	**Procen-te %**	
Cecitate totală	0-1/200	0-0.005	0-0.5	**Şcoala de orbi**
Cecitate practică	1/200-1/50	0.005-0.02	0.5-2	
Ambliopie gravă	1/50-1/20	0.02-0.05	2-5	
Ambliopie	1/20-1/5	0.05-0.2	5-20	**Şcoala de ambliopi**

După cum rezultă din tabel, deficiența vizuală prezintă de la pierderea totală a capacității vizuale şi până la ambliopie diferite grade, astfel încât între cecitatea absolută şi ambliopie mai există – după un termen introdus de Truc – şi o „cecitate relativă”. Cecitatea (orbirea) reprezintă, aşadar, un handicap major sau total de vedere, presupunând lipsa completă a văzului.

Această delimitare între **cecitate şi ambliopie** este foarte necesară, deoarece specializarea şcolilor pentru deficienți vizual a dus la crearea unor instituții şcolare separate pentru orbi şi ambliopi. În şcolile de orbi se preconizează o metodică de predare bazată pe solicitare tactil-kinestezică şi auditivă, iar în procesul de predare din şcolile de ambliopi se face uz de analizatorul optic valid, de cel tactil-kinestezic şi cel auditiv.

Baremele existente pentru şcolarizarea deficienților vizual diferă destul de mult de la o țară la alta. Diferențele apar mai cu seamă în proporțiile acuității vizuale care stabilesc limitele între şcoala de ambliopi şi şcoala de orbi, pe de o parte, şcoala de ambliopi şi şcoala de masă, pe de altă parte.

De asemenea, trebuie precizat că în determinarea gradului defectului vizual nu se ia în considerare exclusiv acuitatea vizuală, ci şi alte elemente ale capacității vizuale. Astfel, se consideră echivalenta cecității, deficiența vizuală care rezultă dintr-o reducere a câmpului vizual

binocular la mai puțin de 20°, chiar dacă acuitatea vizuală centrală este nemodificată.

În afară de acuitatea vizuală şi de câmpul vizual se mai iau în considerare, în ceea ce priveşte aprecierea gradului deficienței şi alte defecte ale aparatului vizual, care diminuează capacitatea vizuală, ca de exemplu, strabismul, nistagmusul etc.

În definirea gradului deficienței vizuale mai sunt implicați şi alți factori optici şi extraoptici, care concură la posibilitățile de valorificare practică a restului de vedere. În acest sens se vorbeşte de **eficiența vizuală** sau **dinamică a capacității vizuale.** Dacă acuitatea vizuală este prin excelență o entitate fiziologică, care poate fi determinată cantitativ, eficiența vizuală trebuie concepută mai larg, cuprinzând o serie de factori psihologici de natură extraoculară, iar determinarea ei scapă deseori unei cuantificări precise. De fapt, eficiența vizuală, care este educabilă şi perfecționabilă, este mai semnificativă pentru elevii ambliopi şi pentru copiii cu resturi de vedere din şcolile speciale de orbi decât acuitatea vizuală.

2. **Clasificarea deficienților vizuali după momentul producerii defectului**

Momentul, deci vârsta la care a apărut defectul vizual, constituie o problemă pentru psihologia deficientului vizual, mai cu seamă în ceea ce priveşte bagajul de reprezentări vizuale de care dispune; se ştie însă că momentul survenirii defectului nu influențează numai sfera reprezentărilor, ci are repercusiuni şi asupra nivelului dezvoltării motricității copilului orb, precum şi asupra altor aspecte ale personalității deficientului vizual.

În funcție de criteriul momentului instalării defectului vizual, deosebim **defecte congenitale**, **defecte survenite (**în copilăria timpurie, la vârsta anteşcolară, preşcolară, şcolară) şi **defecte tardive.**

Orbii congenitali sunt complet lipsiți de reprezentări vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit – ținându-se cont de timpul care a trecut de la apariția defectului până la vârsta actuală – se păstrează o serie de imagini vizuale care pot avea o influență însemnată asupra particularităților psihologice individuale.

Orbii congenitali sunt complet lipsiți de reprezentări vizuale, atât studiile mai vechi, cât şi cele mai recente, remarcând importanța

tiflopsihologică a reprezentărilor vizuale recomandă menținerea acestor imagini pe o perioadă cât mai îndelungată după instalarea defectului, precum şi valorificarea lor în procesul de învățământ. Astfel, T. Heller deosebeşte, în funcție de participarea experienței optice la definirea profilului psihologic al deficientului vizual, următoarele **grupe de orbi**:

a) orbii congenitali şi cei care au orbit în primul an de viață; persoanele care fac parte din această grupă sunt lipsite de orice experiență optică, viața lor psihică nefiind influențată de reprezentările vizuale;

b) orbii la care defectul a survenit la vârsta de 2-4 ani – la aceşti deficienți se remarcă, mai ales în perioada imediat instalării cecității, o intervenție a reprezentărilor vizuale, care participă la „interpretarea” datelor tactil-kinestezice, fiind vorba deci de o strânsă interdependență a modalităților tactil-vizuale; reprezentările vizuale se sting treptat, însă dezvoltarea recepției tactil-kinestezice nu are loc în mod „autonom” ca la orbii din naştere;

c) copiii care au orbit după vârsta de 4 ani; aceştia dispun de un bagaj însemnat de reprezentări vizuale ; datele tactil-kinestezice şi auditive le evocă întotdeauna imaginile vizuale anterioare (proces denumit **vizualizare**);

d) copiii orbi cu resturi de vedere – chiar dacă acestea sunt minime şi permit numai perceperea luminozității şi a unor raporturi spațiale vagi (mărimea obiectelor şi distanță aproximativă) – recurg, de asemenea, la vizualizare, imaginile vizuale „interpretând” imaginile tactil-kinestezice.

Literatura tiflopsihologică este bogată în astfel de clasificări, mai mult sau mai puțin concordante. Astfel, P. Henri, aplicând nu numai criteriul gradului şi al momentului survenirii deficienței, ci şi criteriul dinamicii acesteia (staționară, progresivă, regresivă), deosebeşte şase grupe de orbi:

e) orbi totali congenitali;

f) orbi totali congenitali cărora li s-a recuperat parțial vederea printr-o intervenție recuperatorie;

g) orbi cu resturi de vedere staționară de tipul sensibilității luminoase;

h) orbi totali, care au dispus înainte de instalarea deficienței de o vedere normală;

i) persoanele cu resturi de vedere de tipul sensibilității la lumină, care au văzut normal înainte de a surveni defectul vizual;

j) deficienți vizuali cu resturi de vedere care scad progresiv.

A. Janda grupează copiii, în funcție de *momentul instalării defectului*, în următoarele categorii:

orbii congenitali;

orbii tardivi: cu defectul survenit în copilăria timpurie (0-2 ani), în copilăria mică (3-6 ani), la prima vârsta şcolară (7-10 ani) şi la vârsta adultă (peste 18 ani).

Această clasificare coincide aproximativ cu cea preconizată de B. I. Kovalenco şi N. B. Kovalenco, care deosebesc: orbii din naştere şi până la 1 an, copiii cu cecitate survenită între 1-3 ani, 3-5 ani, 5-7 ani şi peste 7 ani. H. Scholtyssekin aplica o clasificare în care se operează cu perioade foarte larg concepute. Astfel, deosebeşte:

cecitatea congenitală şi timpurie (de la 0-7 ani);

cecitatea survenită (intervenită la vârsta de 7-18 ani);

cecitate tardivă (18-60 ani)

cecitate intervenită la bătrânețe (după vârsta de 60 ani).

H.Wappman în studiul său utilizează o clasificare în care se deosebesc:

o categorie de orbi congenitali sau deficienți din primul an de viață, orbi totali sau cu sensibilitate luminoasă;

o a doua categorie de orbi tardivi, care citesc însă pur tactil, fără să recurgă la funcția optică;

o categorie de ambliopi gravi, care reuşesc să rezolve parțial sau în întregime o problemă dată cu ajutorul văzului.

O tratare mai puțin analitică a problemei o întâlnim la W. Steiberg, care distinge numai cecitatea timpurie şi tardivă. În prima grupă include orbii congenitali şi pe cei care au orbit la vârsta de 1-3 ani, specificând însă că de fapt toți cei care au orbit până la vârsta pubertății trebuie considerați ca făcând parte din această grupă. În categoria orbilor tardivi include persoanele care au orbit după vârsta pubertății.

După cum s-a arătat, există în literatura tiflopsihologică numeroase clasificări ale deficienților vizuali după momentul instalării defectului. Ceea ce au ele în comun însă este faptul că n-au fost elaborate experimental, ci deductiv, deseori empiric, prin aplicarea la această problemă a unor periodizări de vârstă din psihologia copilului.

Există şi două tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterică şi agnozia vizuală.

În cazul **cecității isterice,** din punct de vedere fiziologic şi anatomic, analizatorul vizual nu prezintă nici o disfuncție, dar din punct de vedere psihic subiectul refuză inconştient să vadă (de ex. un traumatism/şoc emoțional în care informația vizuală a jucat un rol major – subiectul şi-a văzut soția în flăcări în propria casă arzând, fără a o putea salva).

Agnozia vizuală este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic şi anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, însă subiectul vrea /crede că vede.

3. **Clasificarea deficienților vizual după etiologia, localizarea şi dinamica efectului**

În funcție de criteriul **etiologiei** cecității şi ambliopiei, deosebim atâtea categorii de deficienți vizual câte cauze pot provoca defecte vizuale. Pentru tiflopedagog nu este lipsit de importanță să studieze colectivul de elevi după acest criteriu, pentru a putea ține cont de particularitățile individuale ale elevilor, determinate de cauza defectului şi pentru a colabora cu medicul oftalmolog, în vederea respectării indicațiilor şi contraindicațiilor date în cazul fiecărui defect vizual. În această ordine de idei interesează şi **dinamica defectului** (dacă este staționar, progresiv sau eventual regresiv, reversibil), precum şi viteza evoluției lui, pentru a lua cele mai adecvate măsuri pedagogice. Astfel, un copil cu o afecțiune vizuală care progresează rapid către pierderea totală a funcției optice va fi şcolarizat într-o şcoală specială de orbi, chiar dacă dispune de o acuitate vizuală pe baza căreia ar putea fi cuprins într-o şcoală de ambliopi.

Defectul vizual poate fi localizat în orice segment al analizatorului vizual (segmentul periferic, de transmisie, central) şi – în funcție de această localizare – se deosebesc deficienții vizual cu defecte localizate în organul vizual, pe traiectul nervului optic sau în scoarța cerebrală – lob occipital.

4. **Clasificarea deficienților vizuali după complexitatea defectului**

După criteriul complexității defectului se studiază fondul pe care apare defectul considerat, dacă este singular sau se combină, aşa cum se întâmplă frecvent, cu alte defecte extraoculare (de auz, motrice, mintale, ale limbajului). În cazul acesta se pun unele probleme specifice de

selecție. Astfel, deficientul vizual care este şi surd sau hipoacuzic, precum şi deficientul vizual care prezintă şi o debilitate mintală se şcolarizează separat, în clase speciale, sau în şcoli deosebite.

5. **Clasificarea deficienților vizuali în funcție de condițiile de mediu şi de educație**

În funcție de condițiile de mediu şi de educație de care s-a bucurat deficientul vizual înainte şi după instalarea defectului există o serie de categorii de orbi şi de ambliopi de care trebuie să se țină seama în clasificarea deficienților. Se ştie, de exemplu, că deficienții vizual sunt şcolarizați deseori cu întârziere şi se prezintă la şcoală cu un serios deficit de dezvoltare, după ce au fost ținuți ani de zile în sânul familiei, care n-a putut asigura condițiile adecvate copilului orb. Sunt cunoscute unele cazuri când aceşti copii sunt retardați sub aspectul dezvoltării limbajului, al motricității, al deprinderilor elementare etc. şi oferă tabloul imbecilității. Lipsa stimulării senzoriale şi carențele educative serioase au determinat o rămânere în urmă care poate fi recuperată numai printr-o muncă instructiv-educativă susținută.

Criteriile de clasificare care au fost enunțate mai sus nu trebuie privite separat unele de altele. În fiecare caz dat, factorii amintiți se îmbină într-un mod specific, fapt care duce la o eterogenitate pronunțată a colectivelor de elevi cu care ne întâlnim în cadrul instituțiilor speciale pentru deficienții vizual.

2. 2. **Etiologia deficiențelor de vedere**

Cauzele cecității şi ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleaşi afecțiuni oculare putând provoca leziuni şi modificări de diferite grade ale analizatorului vizual.

Nu se poate vorbi în general despre cauzele deficiențelor vizuale, în această privință existând diferențe destul de pronunțate de la o epocă la alta, de la o regiune geografică a lumii la alta. În plus se poate discuta despre cauzele cecității şi ale ambliopiei şi în funcție de perioada de vârstă în care se manifestă cu preponderență (cauze ale cecității congenitale dobândite în copilărie, tardiv sau numai la bătrânețe).

În deceniile trecute au predominat alte cauze ale deficienței vizuale decât în prezent. La începutul secolului nostru cauzele majore ale orbirii

au fost: oftalmia blenoragică a nou-născuților, bolile infecțioase, trahomul – afecțiuni care în prezent au dispărut în țările civilizate.

Statisticile actuale din Europa indică afecțiunile congenitale, glaucomul şi traumatismele oculare ca fiind cele mai frecvente cauze ale handicapului vizual. În acelaşi timp, trahomul şi alte boli de ochi, eradicate în unele zone ale lumii, continuă să constituie o problemă în alte zone ale lumii (Africa, Asia). Dacă unele afecțiuni oculare sunt considerate ca **boli ale mizeriei, promiscuității şi ignoranței (trahomul)**, au apărut alte cauze ale orbirii apreciate ca **boli ale civilizației**, ca de exemplu **fibroplazia retrolentă**, care este cauzată de supradozarea oxigenului în timpul îngrijirii cu mijloace tehnice moderne (incubatoare) a copiilor născuți prematur. După cum s-a arătat, unele boli de ochi constituie caracteristici ale orbirii de bătrânețe (cataracta senilă, glaucomul), iar altele se manifestă prin excelență la copii (cataracta congenitală, gliomul retinian).

Într-o viziune structural-funcțională, vom încerca să urmărim complexitatea acestor factori la mai multe niveluri.

2.2.1. *Afecțiuni ale analizatorului vizual care produc deficiența de văz*

Aceste cauze ale deficienței vizuale parțiale sau totale țin de leziunile şi de disfuncțiile diferitelor segmente ale organului vizual.

Aceşti factori patogeni pot fi clasificați după diferite criterii. Un criteriu uzual îl constituie localizarea organică, anatomică a afecțiunii (patologia corneei, cristalinului, retinei etc). Afecțiunile pot fi clasificate în raport cu efectele lor asupra capacității vizuale.

În spiritul abordării sistemice vom prezenta o clasificare în raport cu subsistemele acestei funcții, urmărind cauzele care afectează principalele subfuncții ale analizatorului vizual. Considerând funcția vizuală ca pe o sinteză dinamică a mai multor subfuncții, putem spune că tulburarea unei subfuncții lezează funcția vizuală în întregul ei.

2.2.1.1. Tulburări ale subfuncțiilor de formare a imaginii optice

Formarea imaginii optice care se proiectează pe retină este realizată prin acțiunea *dioptrului ocular*, adică a elementelor refringente ale globului ocular: cornee, umoare apoasă, cristalin şi corpul vitros.

Acest fenomen optic normal poate fi parțial sau total împiedicat în manifestarea lui prin două tipuri de disfuncții:

a. **Tulburări de refracție (ametropiile)**

Formarea corectă a imaginii optice pe retină (ochiul emetrop) poate fi împiedicată de existența unor tulburări ale capacității de refracție a ochiului, numite în general *ametropii*. Ametropiile sunt cauzate de modificări ale refringenței mediilor optice, fie de modificări ale axului anteroposterior al globului ocular. Sunt cunoscute patru tipuri de ametropii:

- **Miopia**

Miopia reprezintă un exces de refracție, care tulbură percepția la distanță (nu vede bine la distanță). Imaginea optică a obiectului se formează nu pe ecranul retinian, ci înaintea lui, fiind neclară. Miopul tinde să se apropie de obiect sau să apropie obiectul de ochi ca să-l poată vedea mai clar. Cu cât obiectul este mai depărtat de ochiul miop, cu atât imaginea este mai difuză. În schimb, obiectele apropiate sunt corect percepute.

Corecția optică a acestui defect de refracție (cazul miopiei benigne) se face cu lentile divergente (–), menite să readucă imaginea înapoi pe retină. Copilul cu această deficiență de vedere nu are nevoie de şcolarizare specială, ci doar de respectarea unor condiții de igienă stricte. Doar în cazul miopiei maligne (de obicei de natură congenitală) este necesară şcolarizarea specială, pentru că evoluția acestei tulburări este rapidă şi gravă.

- **Hipermetropia**

Cauzele acestei tulburări sunt dimensiunea redusă a axului anteroposterior al globului ocular, capacitatea refringentă scăzută a cristalinului sau alți factori care scad puterea de refracție. Este vorba deci de o refracție insuficientă, drept urmare imaginea obiectului este neclară şi se formează în spatele retinei. Subiectul, aşadar, are dificultăți în a percepe obiectele din apropiere şi pentru a le depăşi tinde să le îndepărteze de ochi.

Corecția optică se face cu lentile convergente (+) şi prin exerciții vizuale sistematice.

Hipermetropia nu trebuie confundată cu presbiția, manifestare fiziologică legată de vârsta de 45-50 ani.

- **Astigmatismul**

Acest viciu de refracție constă într-o diferență de refringență a meridianelor dioptrului ocular, care duce la focalizarea imaginii optice, nu într-un singur focar retinian, ci în două sau mai multe focare. Astigmatismul are de obicei la bază o structură deficitară a corneei şi se asociază cu o ambliopie înnăscută. Drept urmare se produce o imagine vizuală difuză, estompată, vederea fiind scăzută atât la apropiere, cât şi la distanță. Astigmatismul poate fi corectat cu lentile cilindrice, care trebuie purtate cât mai de timpuriu, după 18 ani corecția fiind greu de suportat.

- **Anizometropia**

Anizometropia constă într-o diferență de refracție între cei doi ochi. Ea se produce atunci când un ochi este emetrop iar celălalt suferă un viciu de refracție dintre cele menționate mai sus. De asemenea, vorbim de anizometropie când cei doi ochi sunt ametropi, dar de tipuri şi grade diferite ale tulburării refracției. De obicei, această anomalie este ereditară. Corectarea se face cu lentile diferite pentru fiecare ochi, în funcție de gradul şi de tipul de tulburare a fiecăruia.

b. **Opacifierile mediilor refringente**

O a doua categorie de cauze care pot împiedica subfuncția de formare a imaginii optice o constituie opacitățile apărute pe parcursul razelor de lumină în drumul lor spre retină.

- **Opacifierile corneei**

Se referă la lipsa totală sau parțială de transparență a corneei, ce poate fi provocată de diverse tipuri de afecțiuni congenitale sau dobândite.

- **Keratitele**

Sunt leziuni inflamatorii ale corneei. Cauzele keratitelor sunt *exogene* (traumatisme, stări patologice generale, sifilis, herpes, subnutriție etc.) şi *endogene* (procese corneene degenerative şi distrofice). Keratitele sunt însoțite de simptome specifice: iritație, lăcrimare, pierderea luciului corneean, vascularizație, modificări de formă ale corneei, durere etc.

- **Leucomul corneean**

Leucomul este o cicatrice de culoare cenuşie saturată sau intens albă (popular numită „albeață”) care reduce complet transparența corneei în câmpul său. Poate fi parțial sau total, în leucomul total cecitatea fiind completă.

- **Opacifierile cristalinului**

Tulburările parțiale sau totale ale transparenței cristalinului sau ale capsulei sale se numesc *cataracte.* În general, cataractele cu care vin elevii deficienți vizual la cabinet sunt congenitale; dar ele pot fi şi dobândite (traumatisme sau boli ale copilăriei).O alta cauză a deficienței vizuale este *lipsa cristalinului – afachia*. Ea poate fi compensată, sub aspectul refracției, prin ochelari cu lentile convergente (+), care pot ajunge la 16-18 dioptrii.

- **Deplasările cristalinului**

Aceste afecțiuni pot fi *congenitale* sau *dobândite.* Dintre cele congenitale trebuie amintit *sindromul Marfan*, care produce miopie şi astigmatism, iar dintre cele dobândite, luxațiile şi subluxațiile produse de obicei prin traumatisme fizice.

2.2.1.2. Tulburări ale subfuncției de recepție retiniană a imaginii optice

Imaginea optică proiectată pe retină este receptată prin excitația substanțelor fotosensibile ale celulelor senzoriale retiniene.

- **Afecțiuni vasculare ale retinei**

Deficiența vizuală este provocată de ***periflebite retiniene,*** care se manifestă sub forma hemoragiilor recidivate in vitros, putând duce la dezlipirea de retină şi la compromiterea definitivă a vederii.

- **Emboliile**

Acestea sunt provocate de obstrucții ale arterelor retiniene. Retina neirigată suferă în câteva minute leziuni ireversibile, care fac să dispară sensibilitatea retiniană şi vederea în zona respectivă.

- **Afecțiunile degenerative ale retinei**

Dintre acestea enumerăm :

1) **retinita pigmentară** este o degenerescență pigmentară a retinei, ce avansează de la periferie spre centru, având astfel loc o strâmtare concentrică a câmpului vizual, ducând la o vedere *tubulară* (copilul vede numai drept înainte);

2) **boala Tay-Sachs (idioție amaurotică) şi boala Spielmayer** sunt afecțiuni degenerative ale retinei asociate cu epilepsie, paralizie, idioție;

3) **tumorile maligne ale retinei** sau **gliomul,** care apar mai frecvent între 2 şi 4 ani;

4) **albinismul** este o depigmentare generală de natură ereditară;

5) **dezlipirea de retină** constă în separarea celor două foițe embrionare ale retinei, între care se poate infiltra lichid intraocular.

2.2.1.3.Tulburări ale subfuncției de transmitere a excitației nervoase

Fibrele nervoase ale retinei se înmănunchează în polul posterior al ochiului, în papilă. De aici porneşte nervul optic, care are funcția de a transporta spre scoarța cerebrală (lobul occipital) impulsul nervos purtător de informație, din care urmează a se construi senzația vizuală.

Parcurgerea acestui traseu este însă împiedicată, în cazul deficiențelor vizuale, de afecțiunile care lezează nervul optic. Unele afecțiuni care provoacă deficiența vizuală sunt localizate chiar la nivelul papilei:

a) nevritele optice (papilitele) sunt inflamații ale nervului optic de natură degenerativă, vasculară sau traumatică, cel mai adesea produse de boli infecțioase, care au drept efect scăderea vederii centrale, alterarea simțului luminos şi a sensibilității cromatice;

b) staza papilară este un edem al papilei care la început nu afectează prea mult vederea, dar, în timp, poate duce la o îngustare a câmpului vizual până la cecitate;

c) atrofiile optice sunt afecțiuni degenerative dintre cele mai grave care, în majoritatea cazurilor, duc la cecitate, după o scădere treptată, dar ireversibilă a capacității vizuale;

d) colobomul nervului optic este o malformație de natură ereditară a nervului optic, cu un deficit irecuperabil al acuității vizuale;

e) hemianopsiile, manifestate prin lipsa unei jumătăți din câmpul vizual la fiecare dintre cei doi ochi. Cauza este cel mai adesea de natură vasculară inflamatorie sau tumorală, dar poate fi şi traumatică.

2.2.1.4. Tulburări ale subfuncției de fuziune binoculară

În această categorie includem două tipuri de cauze:

I. **Cauze senzoriale**

Căile de natură senzorială sunt cele care împiedică fuziunea, prin faptul că produc o inegalitate optică a imaginilor vizuale formate şi receptate în cei doi ochi. Este vorba despre afecțiunile care duc la o refracție inegală. Am menționat mai sus *anizometropia.* Acum constatăm că ea însăşi devine un factor cauzal.

Dar afecțiunile nervului optic şi leziunile retiniene sau afecțiunile oculare cu efecte inegale în cei doi ochi pot împiedica realizarea legăturii funcționale prin care se manifestă reflexul de fuziune.

În toate aceste cazuri, corespondența retiniană (stimularea punctelor retiniene corespondente) nu se mai desfăşoară normal şi imaginile nu mai fuzionează corect. Imaginea mai slabă o tulbură pe cea mai clară, efectul fiind o percepere confuză, neclară sau chiar o dublare a imaginii (diplopie).

Drept urmare se produce fenomenul de adaptare cunoscut sub numele de *neutralizare,* care are loc la nivelul scoarței occipitale, printr-un proces de inhibiție.

Ochiul nefolosit ajunge la o situație de ambliopie din ce în ce mai gravă, adică pierde capacitatea de a vedea. Ambliopia lui organică inițial este agravată acum de o ambliopie suplimentară funcțională, adică este cauzată de nefuncționare şi de inhibiție. Recuperarea vederii binoculare devine din ce în ce mai puțin posibilă în acest caz.

II. **Cauze motorii**

Cauzele motorii ale disfuncțiilor vederii binoculare sunt legate de diferite tipuri de dereglări ale motilității oculare, de afecțiuni ale muşchilor care asigură motilitatea globilor oculari. Pot fi implicați şi nervii oculomotori, care inervează aceşti muşchi.

Tulburările motilității oculare sunt cauzate de anomalii în lungimea muşchilor şi tendoanelor lor, în capacitatea lor funcțională de a efectua mişcările oculare, în conjugarea acțiunii muşchilor celor doi ochi.

Tot de natură motorie este aşa-numitul *strabism paralitic*, cauzat de paralizia parțială sau totală a unui muşchi ocular.

Amintim aici şi *nistagmusul*, o tulburare a motilității oculare caracterizată prin mişcări oscilatorii involuntare ale ochiului, care sunt fie pendulare, fie ritmice. Ele dovedesc adesea o lipsă a capacității de fixație normală. În cazul în care se pot restabili vederea binoculară şi localizarea spațială dispare şi nistagmusul.

2.2.1.5. Disfuncții ale mecanismelor corticale ale vederii

Funcția vizuală poate fi tulburată şi de afecțiuni de la nivel cortical. Există o mare varietate de afecțiuni cerebrale care pot deveni cauze ale unor deficiențe vizuale. Ele pot afecta propagarea impulsului nervos în nucleul central al analizatorului vizual şi în alte zone cerebrale; pot afecta de asemenea reglarea receptorului prin nervii muşchilor oculari şi prin fibrele aferente care se găsesc în structura nervilor optici.

Unele cercetări de psihopatologie au încercat să stabilească anumite relații – insuficient demonstrate însă – între apariția *strabismului* şi stările psihice de anxietate, frustrare, gelozie, sentimente de culpabilitate ale individului etc.

Encefalopatiile pot duce la *paralizia psihică a vederii*, în care este afectat reflexul de fixație. Tumorile cerebrale duc adesea la slăbirea vederii, uneori şi la false percepții, greşeli de identificare, reflectare denaturată a dimensiunilor şi a distanțelor.

Psihastenia, isteria, psihozele schizofrenice pot duce la aşa-numita *cecitate psihică*, sindrom descris de J. M. Charcot de peste un veac. Este vorba despre o tulburare de percepție, care face dificilă sau chiar imposibilă recunoaşterea obiectelor, persoanelor, a imaginilor, culorilor.

Consecințe grave asupra funcției vizuale au adesea afecțiunile vasculare şi hemoragiile cerebrale, atrofiile cerebrale sau traumatismele cranio-cerebrale. Toate acestea pot fi cauze ale orbirii sau ale ambliopiei.

2.2.2. *Afecțiuni organice generale care determină deficiența vizuală*

2.2.2.1. Factori de natură ereditară

Factorii ereditari, constituționali pot fi considerați răspunzători de multe dintre afecțiunile oculare. Uneori ei acționează direct şi implacabil, alteori însă au doar caracterul unor *factori predispozanți* sau ai unor *factori de risc.*

De natură ereditară sunt diferitele anomalii şi malformații ale aparatului ocular cum ar fi: *anoftalmia, microftalmia, lipsa cristalinului sau a irisului, distrofia corneei, anomalia poziției globilor oculari, pupile aşezate excentric. Albinismul* este ereditar, iar *glaucomul* are şi el factori-cauză ereditari. Unele *tumori maligne, atrofii optice ale retinei, ale coroidei, ale nervului optic* au şi ele în mare parte o origine ereditară. Sunt ereditare şi diferitele defecte de conformație cu care se naşte copilul: *muşchii globului ocular prea lungi sau prea scurți, anomaliile ligamentelor lor* etc.

2.2.2.2. Afecțiuni contractate în perioada intrauterină (factori cauzali prenatali)

Printre factorii congenitali se află adesea afecțiunile transmise de mamă fătului în timpul sarcinii, mai ales în etapele ei timpurii. Este vorba mai ales de **bolile infecțioase** de care suferă mama în timpul sarcinii şi ale căror toxine trec prin placentă la embrion, acționând şi asupra țesutului ocular al acestuia. Astfel, rubeola, care pentru mamă nu este dăunătoare, ascunde un risc mare pentru făt.

Subliniem mai ales pericolul pe care-l ascund **bolile sexuale ale gravidei.** Conjunctivita blenoragică a nou-născutului are urmări directe asupra dezvoltării funcției vizuale a fătului. Sifilisul, al cărui microb traversează placenta şi se transmite fătului, reprezintă cauza multor cazuri de glaucom, atrofie optică, keratită, iridociclită etc.

Nu putem neglija nici efectele nocive ale **alcoolismului** părinților. Unele cazuri de nevrită retrobulbară şi-au găsit explicația în intoxicația alcoolică. **Factorii stresanți** şi **oboseala excesivă** a mamei îşi joacă, de asemenea, rolul lor negativ.

2.2.2.3. Factori perinatali

Aici se pune mai ales problema **traumatismelor obstetricale** care pot cauza leziuni sau anomalii de dezvoltare anatomo-fiziologică a analizatorului vizual.

2.2.2.4. Factori patologici postnatali

Numeroase boli generale contractate în copilărie, în special în primii 3 ani de viață, pot avea urmări dramatice asupra funcției vizuale. Din nou se amintesc **bolile infecțioase (**gripa, variola, rujeola, scarlatina, tusea convulsiva, herpesul etc.), care explică afecțiunile corneei, congestia conjuctivelor oculare, leziunile retinei. Cazurile de difterie pot duce la paralizia acomodației.

Dintre urmările negative pe care le pot avea **bolile reumatice** amintim: tumefierea pleoapelor, congestia conjunctivelor, keratite, inflamații ale irisului, cataracte. Exoftalmia se poate datora unei tulburări în funcția **glandei tiroide** (boala Basedow). În general, afecțiunile endocrine ascund riscul unor repercusiuni pe plan vizual.

De asemenea, **bolile cardiovasculare** apărute în ontogeneza timpurie acționează negativ asupra tensiunii intraoculare şi pot duce la tromboze ale vaselor oculare şi la dezlipiri de retină. Complicații oculare apar şi în unele **boli digestive** şi în **avitaminoză.**

Mai multe afecțiuni oculare ne indică prin chiar numele lor că sunt provocate de **diabet:** retinopatie diabetică, cataracta diabetică irita diabetică. Nefritele şi retinopatiile se asociază în unele cazuri cu **boli reumatice.** Deficiențe vizuale din ce în ce mai grave sunt provocate de **meningite, encefalite** şi de **trombo-flebite cerebrale.**

2.2.3. *Traumatismele oculare*

Afecțiunile oculare care produc deficiența vizuală pot fi provocate şi de traumatisme oculare. Despre traumatismele oculare putem spune nu numai că sunt statistic cauzele cele mai frecvente ale orbirii, dar şi cauzele care ar putea fi de cele mai multe ori evitate.

Suntem interesați în mod special de accidentele oculare ale copiilor. Aceste accidente se petrec cel mai adesea în timpul jocurilor şi,

într-o oarecare măsură, în activitatea şcolară şi în viața de familie, unde copiii pot rămâne nesupravegheați.

- **Contuziile** se produc prin lovirea globului ocular, dar fără o perforare a acestuia. O contuzie poate produce dezlipirea de retină imediat după accident. În zilele următoare contuziei, chiar dacă durerea s-a potolit, poate avea loc un proces de opacifiere a corneei sau a cristalinului (cataracta traumatică).
- **Plăgile perforate** sunt produse de obiecte ascuțite şi tăioase care rănesc ochiul, provocând de obicei o infecție. Jocurile cu pocnitori şi artificii pot produce o explozie care să rănească ochii. Vârful ascuțit care pătrunde în ochi poate distruge unele organe intraoculare care sunt foarte sensibile. Cu atât mai gravă este situația când o parte din obiectul care a produs leziunea rămâne în globul ocular. Aceste plăgi penetrante devin o cauză a deficienței vizuale prin faptul că distrug corneea, de la care infecția se întinde în tot globul ocular, lezează uneori irisul şi cristalinul, produc hemoragii în vitros etc.
- **Arsurile oculare** sunt produse mai rar de agenți fizici (flăcări, lichide fierbinți, raze ultraviolete), dar foarte frecvent de agenți chimici (var, soda caustică, amoniacul, apa oxigenată, creionul chimic). Sunt lezate mai întâi pleoapa şi conjuctiva, iar corneea se opacifiază din primele minute. Apar complicații ca iridociclita toxică sau chiar glaucomul. Afecțiuni grave se pot produce şi prin acțiunea unor medicamente oculare aplicate la o concentrație mai mare decât cea prevăzută prin prescripție medicală.

Toate aceste cauze pot fi prevenite în mare măsură, atât prin înlăturarea unor condiții negative de acțiune patologică, cât şi prin unele intervenții medicale sau de ordin psihologic, corectiv-recuperative, de formare a atitudinilor de igienizare.

2.3. **Caracterizarea somatică şi psihologică a nevăzătorului**

2.3.1. *Particularitățile generale ale deficientului de vedere*

Rolul analizatorului vizual constă şi în aceea că el furnizează cea mai mare cantitate de informații care, prelucrate şi interpretate la nivelul instanțelor superioare, permit ca relația dintre organism şi mediu să se realizeze în condiții optime.

Vederea la om reprezintă una dintre funcțiile cele mai complexe. Complexitatea şi importanța analizatorului vizual la om este dată de faptul că în condițiile concrete ale existenței sale, în relațiile sociale şi de muncă, văzul subordonează întreaga experiență senzorială a celorlalți analizatori şi o integrează într-un sistem cu predominanță vizuală. Dezvoltându-se atât în tiflogeneză cât şi în ontogeneză ca fiind cel mai complex analizator de distanță, se dezvoltă, totodată şi calități reflectorii specifice văzului, care permit, în condițiile existenței vederii, integrarea şi organizarea specifică a mesajelor informaționale de la ceilalți analizatori. Modalitatea analizatorului optic de a reflecta realitatea obiectivă în formă predominant simultană şi globală, precum şi o analiză globală şi succesivă a obiectelor în mişcare şi unele calități reflectorii specific vizuale ca de exemplu lumina, culorile şi spațiul tridimensional, fac ca acest analizator să ocupe locul central în procesul de integrare şi organizare a întregii experiențe senzoriale a omului. În procesul integrării şi sistematizării lor, imaginile formate prin participarea celorlalți analizatori capătă o notă comună, dominantă, şi anume **nota de vizualitate.** Cu toată diversitatea lor, imaginile formate prin ceilalți analizatori sunt parcă absorbite, se includ în dominanța reprezentărilor vizuale, fapt care poate conferi analizatorului optic denumirea de analizator al reprezentărilor şi, îndeosebi, al reprezentărilor parțiale. Caracterul dominant al analizatorului vizual în psihologia omului poate fi observat şi prin aceea că, la omul cu vedere, rememorarea unor fapte şi impresii trecute are loc tocmai prin intermediul imaginilor vizuale şi mai puțin sau deloc prin imagini elaborate de ceilalți analizatori, mai ales dacă ele nu sunt provocate.

Desigur, nu acelaşi fenomen se petrece la orbul congenital, la care dominanța integrării imaginilor este elaborată prin analizatorii existenți. Strecurându-se în filogeneză după analizatorul tactil, văzul şi-a adăugat noi calități reflectorii care au permis omului să cunoască lumea obiectivă nu numai în modul nemijlocit, în contactul direct cu obiectul, dar desprinzându-se de obiect, să cunoască spațiul îndepărtat în perspectivă, în varietatea luminozității şi a culorilor.

Aceste calități noi, proprii vederii (lumina, culoarea şi perspectiva spațiului îndepărtat), fac ca ochiul (deşi acesta reflectă doar şapte calități ale lumii obiective, față de nouă calități reflectate de tact) să fie mai bine adaptat cerințelor vieții umane.

Cu toate acestea, prin natura sa psihologică, vederea este mijlocită de tact şi de pipăit, funcții care reflectă calitățile obiectelor şi ale fenomenelor nemijlocit, prin contactul direct cu ele. În literatura de specialitate se apreciază că 80-85% dintre informațiile prelucrate de creierul uman sunt furnizate de analizatorul vizual; totuşi, lipsa vederii nu duce la o atât de mare diferență în cunoaştere între un om văzător şi un nevăzător.

În activitatea psihică a nevăzătorului, în ontogeneză, iau naştere şi intră în acțiune o serie de mecanisme neuropsihice care conduc la o activitate compensatorie ce redresează sensibil diferența care i-ar putea departaja pe valizi de nevăzători. Această activitate compensatorie nu este dată, cum greşit se crede, de o activitate congenitală mult mărită a analizatorilor restanți, ci de o antrenare a acestora pe parcursul vieții, de o explorare maximă şi eficientă a informațiilor furnizate de ei. Omul valid, beneficiind de o cantitate mare de informații vizuale, nu are nevoie şi deci nu solicită ceilalți analizatori decât într-o măsură mai mică. Fără să punem semnul egalității între cunoaşterea care beneficiază de informații vizuale şi cea care nu beneficiază de acestea, putem spune totuşi că nevăzătorul care beneficiază de o bună activitate compensatorie a simțurilor restante poate ajunge la rezultate care nu sunt cu nimic mai prejos decât rezultatele oamenilor valizi.

2.3.2. *Particularități neurofiziologice ale deficientului de vedere*

Astfel de urmări mai direct legate, dar nu exclusiv, de natura şi de gradul deficienței vizuale sunt cele care se produc pe plan neuro-fiziologic. Au loc unele schimbări importante ale proceselor bioelectrice cerebrale, encefalograma la orbi fiind deosebită de cea normală prin dispariția ritmului alfa, precum şi prin scăderea mărimii tuturor oscilațiilor electrice ale scoarței. Se constată o deplasare a focarului activității electrice maxime din regiunea occipitală (unde se află centrul percepției vizuale) în regiunea centrală a scoarței, unde se află centrul percepției tactil-kinestezice. Encefalograma reflectă, aşadar, compensația intersistemică.

Modificările dinamicii corticale la deficienții vizual, depistate prin cercetările asupra formării reflexelor condiționate, reflectă şi ele tipul de activitate adaptativă prin care se compensează lipsa sau scăderea vederii.

În activitatea copilului, aceasta s-ar traduce prin ritmul mai lent de lucru şi o comutare mai lentă de la un tip de acţiune la altul, nou. La declanşarea reflexelor de orientare s-a observat o inhibare a reacţiilor motorii de orientare, exprimând prudenţa sporită a deficientului vizual în faţa situaţiilor noi, teama de necunoscut inhibând mişcările, reducând mobilitatea. Tot în legătură cu adaptarea la situaţii necunoscute, în cazurile de cecitate tardivă s-a observat o reactivitate vegetativă crescută la semnale sonore (manifestată, printre altele, prin accelerarea respiraţiei).

După cum vedem, la nivelul activităţii nervoase superioare au loc modificări care reflectă nu numai infirmitatea ca atare, dar şi modul în care deficientul vizual se adaptează la situaţia existentă.

Pentru anumite particularităţi neurofiziologice întâlnite la unii nevăzători (afectarea metabolismului glucidic şi al lichidelor, frecvenţa relativ ridicată a stărilor de surmenaj, tulburări ale somnului) s-au adus explicaţii interesante prin descrierea funcţiei energetice a segmentelor aferente ale nervului optic şi a rolului stimulativ al energiei luminoase asupra unor procese neurovegetative prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar.

În condiţiile cecităţii, absenţa acestor funcţii energetico-stimulative şi reglatorii a unor procese neurovegetative legate de energia luminoasă prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar, considerăm că poate fi relativ compensată prin intermediul educaţiei muzicale a nevăzătorilor.

Puterea dinamogenă a muzicii a fost relevată de numeroşi cercetători. R. Hussen arăta că, la nivel bulbar, influxurile auditive ale nervului VIII pot avea o acţiune facilitatoare sau stimulativă asupra unor răspunsuri motrice.

În căutarea acestor fenomene, cercetătorii au făcut investigaţii radiologice ale centrului osos al hipofizei, aşa numita şa turcească. S-a constatat că, la orbii cu deficienţa instalată timpuriu, şaua turcească are, în medie, dimensiuni mai mici decât în cazurile de orbire tardivă. Această modificare a fost interpretată în sensul că „lipsa impulsurilor de lumină din copilăria timpurie a dus la disfuncţii hipofizare”.

Mult răsunet a avut o cercetare întreprinsă de A. Binet la începutul secolului XX, ale cărei rezultate au fost publicate în 1902. A. Binet a făcut măsurători antropometrice comparative ale craniului văzătorilor şi nevăzătorilor (diametrul transversal şi cel antero-posterior), constatând că 70% dintre nevăzătorii studiaţi aveau un volum cranian mai redus decât

media normală, fenomen cu atât mai evident, cu cât deficiența este instalată mai de timpuriu. De-a lungul secolului trecut, această cercetare a fost de mai multe ori reluată, rezultatele fiind contradictorii. Problema rămâne controversată. Nu este singura problemă insuficient clarificată din domeniul repercusiunilor neurofiziologice ale deficienței vizuale.

2.3.3. *Particularități fizice şi psihice ale deficienților vizuali*

Deficiența vizuală se repercutează nu numai asupra vieții psihice şi asupra relațiilor sociale ale deficientului, ci poate influența, totodată, şi unele aspecte morfo-funcționale ale organismului.

Defectele vizuale, considerate ca defecte primare, pot deveni la rândul lor cauze pentru o serie de alte defecte, denumite secundare, care se instalează la nivelul unui organ, sistem sau aparat, fiind modificări de natură extraoptică.

În continuare prezentăm particularitățile fizice ale mimicii, ținutei corpului, motricității deficienților vizual. Ca urmare directă a cecității se apreciază **schimbarea expresiei feței**, care se datorează lipsei funcției expresive a ochilor.

În momentul şcolarizării, copiii orbi se prezintă deseori cu o dezvoltare fizică întârziată, W. Dabe vorbind despre o rămânere în urmă în medie de 2 ani. *„Din cauza sedentarismului la copiii orbi se remarcă o dezvoltare dizarmonioasă ca urmare a dezechilibrului de forțe între grupele musculare mai mult în repaus”.* Lipsa controlului vizual asupra ținutei corpului poate duce la atitudini deficiente şi la defecte fizice ale întregului corp sau ale unor segmente corporale. După cum arătau A. Ionescu şi D. Motet, atitudinile deficiente globale mai frecvente sunt: **atitudini globale rigide, atitudini cifotice** şi **musculatura insuficient dezvoltată.**

Dintre deficiențele parțiale se întâlnesc la orbi următoarele:

- capul şi gâtul aplecate înainte sau înclinate lateral;
- umerii căzuți şi aduşi sau ridicați;
- torace îngust;
- membrele superioare şi inferioare subțiri, cu reliefări musculare slab dezvoltate;
- spate plan, cifotic sau rotund;

- coloana vertebrală poate prezenta deviații: scolioze, lordoze, cifoze;
- mişcările sunt reținute, şovăitoare, fiind limitate la strictul necesar;
- mişcările comandate nu au o direcție precisă de execuție şi se remarcă o lipsă evidentă de simetrie a segmentelor într-o mişcare comună, ca urmare a unor dificultăți de coordonare a mişcărilor;
- mersul este rigid, nesigur, ezitant, trunchiul rămâne aproape nemişcat, iar capul îndreptat înainte, picioarele se ridică exagerat, iar talpa este aşezată cu grijă („**mers de barză**”), brațele nu se mişcă simetric în mers, ci atârnă în jos.

Datorită activității motrice reduse şi deficiențelor în dezvoltarea somatică, apar şi tulburări la nivelul sistemelor circulator şi respirator. **Respirația este superficială, lipsită de amplitudine.**

Este firesc că frecvența ridicată a acestor particularități morfo-funcționale la deficienții vizual reclamă măsuri instructiv-educative speciale. Un aspect special al acestor particularități îl constituie **manierismele, ticurile** sau **manifestările motrice negative.**

Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficienților vizual, denumite de literatura anglo-saxonă: **blindisme**.

La copiii total lipsiți de vedere, la orbii congenitali şi la cei din primii ani de viață apar frecvent, încă din copilăria timpurie, manifestări motrice negative care se fixează şi devin deosebit de rezistente la corectare. Dintre acestea mai întâlnite sunt:

a) o serie de ticuri se manifestă la acei copii orbi care au resturi mici de vedere, de tipul sensibilității luminoase şi constau într-un „joc” cu acest rest de vedere, copilul provocându-şi senzații luminoase, apăsări cu degetul pe globul ocular, mişcări rapide cu degetele sau cu obiectele luminoase înaintea ochilor, legănatul corpului în fața geamului sau înaintea unei alte surse luminoase;

b) o altă categorie de ticuri se caracterizează prin mimica feței şi se manifestă prin grimase, încrețirea frunții şi a buzelor sau mişcări stereotipe ale capului;

c) o serie de stereotipii motrice sunt localizate la nivelul capului, trunchiului şi al membrelor, între acestea se numără:

- pendularea capului stânga-dreapta;

- legănatul brațelor, picioarelor sau al trunchiului;
- învârtirea pe loc;
- săritul pe loc;
- întinderea întregului corp în direcția unor surse sonore;
- frecatul mâinilor;
- lovirea genunchilor, cu legănarea concomitentă a capului şi a trunchiului.

Prin munca educativă cu elevii orbi se ştie că prevenirea ticurilor este mai puțin dificilă decât combaterea lor. Prevenirea acestor manifestări negative nu se poate obține prin simpla interdicție verbală. Cea mai importantă măsură constă în antrenarea copilului în diferite activități, jocuri şi exerciții fizice.

Aşa cum am arătat la prezentarea particularităților morfo-funcționale ale nevăzătorilor, dezvoltarea fizică a acestora este puternic influențată de lipsa vederii. Dacă la acestea adăugăm raportarea defectuoasă a adulților la copiii nevăzători până în perioada şcolară, înțelegem de ce la intrarea în şcoală diferențele din punct de vedere al dezvoltării fizice dintre un copil nevăzător şi un copil valid pot fi semnificative.

Aceste diferențe sunt mult mai atenuate la copiii nevăzători față de care există din partea părinților preocupări statornice, egale cu preocupările față de copiii valizi, pentru o creştere sănătoasă.

Mentalitățile greşite, lipsa unei îndrumări competente şi totale, ignoranța asupra disponibilitățlor copilului nevăzător pot duce uneori atât la instalarea unor deficiențe fizice serioase, cât şi la o întârziere socială care vor necesita, poate, ani de muncă susținută pentru diminuarea acestora.

Dezvoltarea fizică a copilului nevăzător ca şi asigurarea condițiilor de formare a unor deprinderi şi cunoştințe motrice sunt cu atât mai importante, cu cât acestea reprezintă, am putea spune, condițiile de bază ale unei evoluții cât mai normale din punct de vedere psihic.

Evoluția psihicului în ontogeneză la nevăzători cunoaşte diferențe, de la un individ la altul, reprezentate de particularități psihoindividuale specifice ca şi în cazul indivizilor valizi, precum şi unele diferențe determinate de factorii amintiți mai sus. Absența vederii este, însă,

factorul hotărâtor care marchează şi particularizează evoluţia şi manifestarea fenomenelor psihice la nevăzători.

Absenţa funcţionării celui mai important analizator (cel vizual) din complexul senzorial al nevăzătorului face ca celelalte procese să prezinte o serie de mecanisme specifice de manifestări.

Astfel, percepţia se prezintă la nevăzători cu un registru mult mai restrâns, fapt care va determina mari dificultăţi în structurarea experienţei de cunoaştere.

Informaţiile furnizate de analizatorii restanţi nu pot asigura formarea unor imagini complete la nivelul scoarţei, ci doar formarea unor imagini incomplete, sărace, mai puţine şi, în multe cazuri, mai defectuoase.

Lipsa percepţiei mişcării obiectelor, a percepţiei spaţiale, a profundului tridimensionalităţii obiectelor mari şi foarte mari ridică probleme insurmontabile în calea formării ansamblului de reprezentări cu efecte negative în organizarea şi manifestarea motricităţii.

Trebuie să remarcăm însă că, în perioada preşcolară şi şcolară, dirijarea atentă şi competentă a intuiţiei obiectelor şi a observaţiei fine va diminua mult diferenţele ce ar putea apărea între nevăzător şi valid.

Reprezentările care iau naştere pe baza imaginilor obiectelor si fenomenelor percepute anterior reprezintă un moment nodal, întrucât prin gradul lor ridicat de generalizare fac trecerea de la senzorial la logic.

Aspectele negative subliniate la percepţii se vor găsi şi la nivelul formării reprezentărilor şi vor reprezenta un bagaj redus de reprezentări la nevăzători.

Utilizarea reprezentărilor existente, rolul major al limbajului în formarea şi vehicularea reprezentărilor şi sprijinul substanţial al imaginilor permit nevăzătorilor să suplinească şi să depăşească mult dificultăţile în structurarea şi utilizarea sistemului de reprezentări.

Dificultăţi mari, dar nu de netrecut, cunoaşte nevăzătorul legat de **reprezentarea mişcărilor.** Aceasta are consecinţe în formarea şi însuşirea deprinderilor şi a cunoştinţelor motrice, în însuşirea experienţei motrice a celor din jur şi în structurarea unei experienţe motrice personale.

Toate acestea reprezintă, în acelaşi timp, tot atâtea motive pentru reconsiderarea rolului educaţiei fizice în grădiniţele şi şcolile pentru nevăzători şi pentru asigurarea unor legături solide a profesorilor de educaţie fizică din aceste şcoli, care pot contribui într-o măsură extrem de

mare, atât la formarea unui număr cât mai mare de reprezentări ale mişcării, cât şi la îmbunătățirea nivelului de motricitate a copiilor nevăzători.

O atenție cu totul specială trebuie acordată formării **reprezentărilor ideomotorii** la elevii nevăzători. Acest tip de reprezentări prezintă o mare valoare formativă în ceea ce priveşte însuşirea şi efectuarea mişcărilor.

Reprezentările ideomotorii sunt legate întotdeauna de experiența personală anterioară, astfel încât în orele de educație fizică profesorul trebuie să urmărească permanent consolidarea experienței personale şi îmbogățirea ei.

Menționăm că, deşi volumul reprezentărilor ideomotorii la nevăzători nu va egala niciodată volumul acestor reprezentări la copilul valid, **trebuie găsite căi** şi **metode de formare a unor astfel de reprezentări** având în vedere că numai astfel elevul nevăzător va ajunge la executarea corectă şi cu un consum minim de energie a mişcărilor.

În ceea ce priveşte sistematizarea şi organizarea **memoriei** la nevăzători, specialiştii arată că aceasta se realizează în bune condiții şi nu sunt rare cazurile de nevăzători cu memorie performanțială.

La nevăzători, memoria este foarte bine servită de spiritul de observație activ, de limbajul bine structurat şi de o atenție postvoluntară bine educată. Unele diferențe între nevăzător şi văzător se manifestă privind **memoria motorie,** care la nevăzător are o importanță deosebită în orientarea spațială, dar nu este atât de bogată având în vedere dificultățile existente în formarea de reprezentări ale mişcărilor.

În activitatea de educație fizică cu nevăzătorii, profesorul se poate sprijini foarte bine făcând apel la limbaj şi la imaginație. Nevăzătorul are în general un limbaj bine dezvoltat, chiar dacă, mai ales la copiii până în 14-16 ani, o parte dintre reacțiile vehiculate nu au acoperire în conținut. Realizări importante însă se pot obține cu aceşti elevi utilizând bine instructajul verbal şi activând imaginația.

Organizarea activității se prezintă foarte diferit de la un nevăzător la altul şi este puternic dependentă de modul de relaționare a familiei şi a adulților în general cu această categorie de copii.

Deficiența în general conduce la o creştere a sensibilității emoționale, sensibilitate care atunci când este cunoscută poate fi folosită atât în stabilirea de relații foarte bune între membrii unei colectivități, sau între profesor şi elev, cât şi la stimularea elevilor în obținerea de rezultate

bune. Antrenarea atentă în activitate a motivației având în vedere valoarea energetică a acesteia, stimularea intereselor ca şi cristalizarea convingerilor asigură nevăzătorului continuitate şi succes în activitate. Foarte atent trebuie supravegheate la elevul nevăzător perioadele de diminuare a intereselor şi plasarea într-un inactivism foarte păgubitor. Atunci când aceste aspecte negative alimentează neîncrederea putem asista la stagnări, cât şi la regrese în activitate. Având în vedere condițiile lor de existență, **atenția** la nevăzători cunoaşte aproape în permanență un nivel de acționare mai ridicat decât la copiii valizi. Unele aspecte de aşa-zisă rigiditate manifestate în mişcare (în general în mers), în orientarea spațială, sunt de fapt efecte ale unei concentrări a atenției în vederea prelucrării şi utilizării maxime a informației.

Una dintre condițiile structurării armonioase a nevăzătorului o constituie activitatea permanentă şi variată. Depistarea şi educarea, manifestarea aptitudinilor generale şi speciale ale nevăzătorilor ridică gradul de complexitate al personalității. Contactul neîntrerupt cu copiii valizi de aceeaşi generație, ca şi activitățile comune cu aceştia duc la creşterea gradului de încredere în forțele proprii şi la diminuarea şi ştergerea complexelor de inferioritate care se pot manifesta uneori în viața nevăzătorilor.

2.3.4. *Particularitățile psihomotricității la nevăzători*

Lafon defineşte psihomotricitatea drept *„rezultatul integrării interacțiunii educației, maturizării sinergiei* şi *conjugării funcțiilor motrice* şi *psihice, nu numai* în *ceea ce priveşte mişcările, ci* şi în *ceea ce le determin*ă şi *le* în*soțeste – voință, afectivitate, nevoi, impulsuri”*.

În condițiile lipsei vederii, psihomotricitatea capătă o importanță deosebit de mare în structurarea şi manifestarea vieții psihice a omului, în general în viața şi activitatea lui.

Rolul analizatorului vizual constă, între altele, şi în aceea că el furnizează informații, care, prelucrate şi interpretate la nivelul instanțelor superioare, permit ca relația dintre organism şi mediu să se realizeze în condiții optime. Deficiența vizuală determină o evoluție şi o organizare specifice motricității. În funcție de momentul survenirii cecității şi de gradul de afectare a analizatorului vizual, psihomotricitatea cunoaşte unele diferențieri la diferitele categorii de nevăzători.

Este foarte greu de realizat un tablou general al evoluției psihomotricității la nevăzători cu cecitate congenitală şi la cei cu cecitate dobândită foarte de timpuriu, deoarece tiflopsihologia nu a realizat încă studii privind evoluția copilului nevăzător de la naştere la adolescență.

Studiile existente se referă, mai ales, la perioada şcolară şi abordează unele aspecte izolate ale evoluției vieții psihice a nevăzătorului bazându-se, în special, pe observații, mai puțin pe cercetare şi aproape deloc pe experimentul psihologic formativ. În literatura sovietică de specialitate, a existat un număr relativ mare de studii şi cercetări, efectuate însă pe nevăzătorii adulți cu cecitate survenită târziu.

Numeroşi cercetători (Zemțova, Mescereakov, Zimin, Kovalenco) au abordat în special problema activității compensatorii a analizatorului vizual, precum şi unele aspecte privind reorganizarea disponibilităților psihomotrice în vederea însuşirii unor profesiuni din cele mai diferite domenii.

Vom încerca să prezentăm unele aspecte ale evoluției psihomotricității la copilul nevăzător, pornind de la unele observații ocazionale pe copiii nevăzători mici, dar mai ales de la relatările părinților, în discuțiile purtate cu aceştia în vederea întocmirii fişei pedagogice la intrarea copiilor în şcoală. De asemenea, vom încerca o analiză comparativă a evoluției psihomotricității la deficientul vizual în raport cu evoluția acesteia la copilul văzător.

Structurarea psihomotricității la nevăzători este determinată de o serie de factori precum:

– momentul instalării deficienței;
– gradul deficienței vizuale (cecitate absolută, resturi de vedere foarte slabe, slabe, medii şi bune);
– temperamentul;
– tipul de personalitate;
– registrul experienței motrice individuale;
– posibilitatea însuşirii experienței motrice sociale;
– volumul şi calitatea reprezentărilor;
– gradul de ierarhizare şi diversificare a constelației de motive şi interese;
– nivelul de cristalizare a afectivității;

– gradul de concentrare a atenției în însușirea și executarea mișcărilor;

– instruirea și manifestarea controlului voluntar al posturii și al mișcării;

– atitudinea activă a copilului în însușirea cunoștințelor motrice;

– atitudinea celor din jur față de deficient în perioada în care încep dirijarea evoluției și manifestarea psihomotricității.

Dacă la naștere, atât copilul valid, cât și cel fără vedere, pornesc de la același nivel al motricității (respectiv numărul mic de mișcări, rezultat al reacțiilor instinctuale), în scurtă vreme evoluția motricității va cunoaște ritmuri diferite; deja în cel de-al treilea stadiu al instruirii inteligenței senzorio-motorii la copilul nevăzător apar primele semne de coordonare (ochi-mână). La copilul nevăzător, activitatea mâinii, ordonarea întrucâtva a mișcărilor haotice de căutare se vor realiza pe măsura organizării coordonării auditiv-manuale.

Șirul de reacții circulare (primare, secundare și terțiare) pe care-l parcurge copilul văzător, apariția intenționalității, asimilările și acomodările pe care le realizează el de-a lungul celor șase stadii ale apariției inteligenței senzorio-motorii vor accentua diferența dintre un copil și altul în evoluția motricității, deoarece toate aceste fenomene ale copilului nevăzător vor avea loc mult mai lent și se vor cristaliza mai greu.

Dintr-o optică greșită a celor din jurul copilului nevăzător i se pun la îndemână prea puține obiecte (jucării) pentru a le manipula și de multe ori, acest lucru se face destul de târziu. Consecința acestui fapt este o stagnare și o cantonare a copilului nevăzător în primul an de viață într-un regim motric foarte slab. Acesta mărește și mai mult decalajul motric dintre un copil văzător și unul deficient vizual. După primele 3-4 luni de viață, copiii în general manifestă o stare de agitație atunci când se întrerupe contactul cu o jucărie prin îndepărtarea ei (cădere, aruncare, scăpare). La copilul nevăzător acest comportament apare mult mai des, întrucât jucăria este găsită adesea foarte greu, datorită explorării „haotice” a spațiului din jurul său.

Motricitatea copilului nevăzător va intra într-o perioadă mai activă o dată cu apariția **patrupediei**. Mâinile împreună cu picioarele vor realiza deplasarea și vor avea un rol mai ales în investigarea unor spații din ce în ce mai mari. Mișcările vor deveni mai ample și mai numeroase, copilul va

pipăi, va lovi, va mirosi obiectele din jurul său şi, treptat, va începe să le recunoască pe unele dintre ele.

Se pare că patrupedia, la copilul nevăzător, se prelungeşte mai mult decât la copilul văzător. Ridicarea la poziția verticală la nevăzători se face după 13-14 luni şi, uneori, chiar mai târziu. Copilul nevăzător va păşi ținându-se de obiecte ca şi copiii văzători, desprinderea de acestea făcându-se, în general, mai greu la copilul nevăzător. Acesta, aflat în poziție bipedă şi în mers, îşi va căuta mai îndelung echilibrul şi, în multe cazuri, din cauza ciocnirii de anumite obiecte în timpul mersului sau alergatului pe vârfuri, va traversa stagnări sau „amânări" pe diferite perioade de timp ale exercițiilor de mers, întrucât se instalează inhibiția sau teama față de un eveniment neplăcut. O situație mai aparte prezintă **dezvoltarea verbo-motorie**. În această privință, comparativ cu copilul văzător, se pare că nu există diferențe semnificative. Gânguritul, lalațiunea şi apoi primele cuvinte sunt rostite cam în aceeaşi perioadă, existând şi între nevăzători copii care pronunță primele cuvinte înainte de un an, chiar in jurul vârstei de 10 luni.

Din relatările unor mame care au crescut copii nevăzători, aceştia simt nevoia acută de a li se vorbi. Găsim că este normal acest lucru având în vedere că analizatorul auditiv în această perioadă este dominant la nevăzători. Cu cât canalul afectiv care ia naştere între mamă şi copil va fi mai bine întreținut de mamă, cu atât evoluția vieții psihice a copilului nevăzător în primul an de viață se va realiza în condiții mai bune.

În perioada preşcolară, evoluția motricității la copilul nevăzător poate fi mai rapidă sau mai lentă, se poate solda cu achiziții mai numeroase, în funcție de atitudinea celor din jurul lui. În această perioadă, dar mai ales în perioada preşcolară, treptat se organizează şi devine tot mai activ **complexul tactil-kinestezic**. Explorarea tactilă se ordonează şi se organizează furnizând tot mai multe informații despre obiecte. Începe organizarea memoriei kinestezice care va stoca experiența nevăzătorului.

Şi pentru nevăzători, vârsta preşcolară este sensibilă la mişcare. Este foarte important dacă în familia copilului nevăzător mai există şi alți frați, sau nu, şi dacă frații sunt valizi sau prezintă deficiențe. S-a constatat că în familiile cu un singur copil, şi acela nevăzător, evoluția psihomotricității până la perioada şcolară este deosebit de lentă, numărul de cunoştințe motrice achiziționate este extrem de redus, se formează foarte puține deprinderi şi de cele mai multe ori, defectuoase, adesea apar

şi se manifestă ticuri şi mişcări haotice, dezordonate, fără valoare adaptativă. Se consideră însă că acestea au la bază nevoia copilului de mişcare. În familiile în care nevăzătorul nu este singurul copil, acesta având şi fraţi mai mici, evoluţia psihomotricităţii copilului nevăzător este net superioară faţă de situaţia descrisă mai sus. Acest copil va fi antrenat în mişcare, se va deplasa mai mult însoţit, dar o va face şi singur, din ce în ce mai bine şi mai mult, îşi va însuşi mult mai multe deprinderi şi, la intrarea în şcoală, va avea o vârstă motorie apropiată de cea a copilului cu vedere. Corecţiile, uneori dure, aduse în general de fraţi modului de execuţie a unor mişcări vor avea în final efecte benefice.

Parte din experienţa motrică socială este însuşită şi utilizată de copilul văzător prin imitaţie. Copilul nevăzător, care poate imita cu uşurinţă numai ceea ce percepe auditiv, are un nivel motor mai scăzut, chiar şi în perioada şcolară şi o serie de mişcări şi de deprinderi insuficient sistematizate din cauză că este obligat de mai multe ori să „refacă" şi să asimileze experienţa motrică pe care copilul văzător o „prinde" mult mai repede şi poate mai bine prin „imitarea" ei în urma vizualizării schemei motrice.

O altă particularitate a psihomotricităţii nevăzătorului constă în faptul că **schema corporală** se realizează mai târziu şi mai greoi decât la copilul văzător. Schema corporală este o sinteză psihică între conştiinţa corporalităţii şi experienţa subiectivă a copilului, reprezentând o contracţie temporospaţială.

Schema corporală este *„o reprezentare cvasiconştientă a diferitelor părţi ale corpului, organizată, integrată într-o imagine globală. Sinteza părţilor propriului corp se formează treptat în copilărie cu ajutorul unor mecanisme plurisenzoriale, prin asocierea repetată a impulsurilor interoceptive, proprioceptive* şi *exteroceptive"*.

Iniţial schema corporală la nevăzători este mai labilă şi pot interveni o serie de dezorganizări, dar treptat ea se încheagă într-un construct solid, care îndeplineşte un rol important în formarea imaginii-program a acţiunii şi în asigurarea preciziei şi corectitudinii acţiunii motrice.

Psihomotricitatea deţine un loc aparte în **orientarea spaţială** la nevăzători. Capacitatea de orientare în spaţiu este destul de strâns legată de experienţa individuală de orientare, cu nivelul de reprezentări etc. În activitatea de orientare, subsistemul proprioceptiv-kinestezic furnizează

permanent informații despre postura şi echilibrul corpului, iar cel kinestezic informează despre ansamblul mişcărilor care se efectuează în timpul deplasării. Posibilitatea de a se orienta mai bine în spațiu a nevăzătorului este condiționată de deplasarea sa cât mai timpurie fără însoțitor.

Copilul nevăzător trebuie antrenat nu numai în cunoaşterea şi reprezentarea spațiului parcurs, dar şi în dezvoltarea şi utilizarea aşa numitului *simț al obstacolelor,* care constă în capacitatea de a sesiza un obstacol în drumul de la o anumită distanță (nu mai mare de 1-2 m.). Această sensibilitate deosebită este asigurată de pielea obrajilor şi a feței, dar credem că este într-o strânsă interacțiune cu analizatorul proprioceptiv-kinestezic şi cu cel acustico-vestibular.

Pe parcursul şcolarizării, la elevii nevăzători, mai mult decât la cei văzători, alternează perioade de activism în mişcare cu intervale în care tinde să se instaleze un inactivism cu consecințe nefavorabile asupra manifestărilor psihomotrice.

Aceste tendințe trebuie sesizate şi corectate prin antrenare în diverse activități cu caracter motric ale acestor elevi.

În perioada şcolară, complexul tactil proprioceptiv-kinestezic, fiind serios exersat în activitatea de scris-citit (ca şi sport, lucru manual), va reprezenta o sursă a optimizării unor parametri cum sunt: coordonarea, precizia, rapiditatea forței.

În **antrenarea mobilității şi în învățarea şi consolidarea gesturilor de către copiii nevăzători** sunt utile următoarele idei cu forță explicativă, propuse de J.Pailhous:

la baza oricărui gest se află o **schemă motorie**, altfel am avea o simplă mişcare;

o **schemă motorie** este o regulă care se aplică *proprietăților* organismului;

rolul **schemei motorii** în producerea gestului este mai mult sau mai puțin important (mergând, de exemplu, de la o simplă orientare a corpului până la invarianți spațio-temporali, cum sunt cei din gesturile grafice implicate în scriere);

schema motorie trebuie să fie specificată în parametrii ei (*schema de asimilare* – J. Piaget, *sistem focal* – Van Galen, 1980);

această specificare şi specificitatea parametrilor nu este în general suficientă pentru a produce gestul, ci numai structura sa;

specificitatea *non-schematică* a unui gest particular necesită utilizarea reaferentațiilor pentru controlul gestului, ceea ce implică o oarecare durată;

reaferentațiile intervin atât în controlul derulării programului motor (al schemei motorii), cât şi în controlul gestului.

Trăsăturile cele mai generale ale abilităților sau ale **rutinelor motorii** sunt: viteza de execuție, stabilitatea programelor motorii, extrema organizare a conduitei motorii, automatismul şi modul de control. Organizarea conduitei motorii se caracterizează prin faptul că în cadrul ei este dificil, după ce s-a automatizat, să se distingă net unitățile elementare de cele în care sunt integrate în raport cu un anumit scop.

În privința modului de control, **predomină controlul interoceptiv** asupra celui **exteroceptiv.** Achiziția lanțurilor operatorii-executive sau ale abilităților motorii implică, cel puțin în primele faze de învățare, o intervenție densă a proceselor cognitive. Dar aceste faze corespund mai mult **stabilirii proiectului acțiunii motorii** decât **controlului acțiunii**. În învățarea şi în controlul acțiunii motorii sau a gestului, A. J. Adams (1972) pune accentul pe **aferentațiile proprio** şi **exteroceptive.** Aceste reaferentații – consecințe senzoriale ale producerii gestului – sunt comparate cu o memorie de reaferentație (traseele perceptive corespunzătoare gestului dorit). A. J. Adams postulează rolul memoriei în alegerea direcției gestului. La nevăzători, rolul memoriei kinestezice este deosebit de mare în sfera mobilității şi a acțiunilor motorii.

Programele şi schemele motorii, alături de alte variabile psihice (cognitive, psihomotorii, afective şi perceptive), sunt implicate în **orientarea** şi **mobilitatea nevăzătorilor** în mediul înconjurător.

Toate aceste caracteristici ale psihomotricității nevăzătorului pun în evidență necesitatea unor exerciții speciale a căror „predare" implică munca în echipă: psihopedagog, profesor de educație fizică, părinți. Profesorul şi elevul trebuie să lucreze împreună, pentru a mări încrederea în sine a elevului, cât şi pentru a-şi îmbunătăți imaginea despre el însuşi. Se impune motivarea elevului, astfel încât să-l facă să aibă dorința să se deplaseze în mod independent, să câştige mai mult control asupra mediului înconjurător. Deprinderile şi experiența dobândită prin aceste măsuri de intervenție în sfera motricității îl ajută pe copilul şi pe tânărul nevăzător în maturizarea şi dezvoltarea sa.

Deficienții de vedere sunt considerați ca *„oameni ai ordinii”*, datorită faptului că apare necesitatea aşezării şi păstrării obiectelor în locuri bine delimitate pentru a putea fi uşor găsite. Ei sunt, totodată, disciplinați şi manifestă un autocontrol față de comportamentele proprii în vederea realizării unei corelări cât mai adecvate cu cei din jur.

În România, deficienții de vedere sunt educați şi şcolarizați în unități speciale, sunt pregătiți în şcoli profesionale şi licee şi pot urma o instituție de învățământ superior la fel ca şi o persoană validă. Rezultatele obținute sunt edificatoare pentru formarea personalității şi integrarea social-profesională a deficienților.

2. 4. **Recuperarea deficienței de vedere**

În **recuperarea persoanelor cu ambliopie** se acționează, în primul rând, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activității vizuale şi evitarea condițiilor de lucru care ar putea dăuna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei în condiții optime şi de aceea un obiectiv important în recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-l învăța pe elev să-şi folosească posibilitățile vizuale şi de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ şi sistematic.

Consecințele secundare pe plan afectiv, relațional şi atitudinal impun ca obiectiv de maximă importanță cultivarea încrederii copilului slab dezvoltat în sine, în posibilitatea de a învăța, de a-şi cuceri un loc în viață, dar nivelul de aspirații trebuie să fie pe măsura forțelor sale; ca obiectiv se va urmări înlăturarea stărilor inhibitorii şi a sentimentului de inferioritate provocate de insuccese, încrederea în sine fiind condiționată de buna integrare în colectivul de copii, de stimularea unor motivații de valoare socială.

Nu este posibilă o restabilire funcțională a modificărilor organice în acest caz şi se acționează deci asupra ameliorării segmentului cortical al analizatorului, care nu este modificat sub aspect organic; ameliorarea se va face prin dezvoltarea funcțiilor vizuale superioare, prin sporirea atenției vizuale, a memoriei vizuale, a rolului gândirii, al imaginației etc.

În şcolile pentru ambliopi se acționează în vederea perfecționării funcției vizuale, realizată printr-o antrenare progresivă, gradată.

Recuperarea se individualizează în funcție de caz pentru a stabili un echilibru rațional al mecanismelor compensatorii, făcând ca anumite

mecanisme să devină dominante şi frânând acțiunea altora inutile sau dăunătoare.

Procesul de învățământ completează şi precizează pentru elevul ambliop multe aspecte ale realității înconjurătoare la care vederea slabă nu i-a permis să ajungă singur; îi dezvăluie aspecte ale vieții sociale, ale activității umane prin care îi conturează şi orizonturile realizării lui viitoare. Se formează astfel deprinderile de muncă intelectuală, dar se urmăreşte şi incitarea curiozității intelectuale, descoperiri făcute prin forțe proprii, încrederea în sine de a efectua activități care i se păreau imposibile.

Lipsa unei experiențe vizuale, a unui bagaj informațional care să ajute percepția vizuală, lipsa deprinderilor de investigare, graba şi neatenția, lipsa diferențierilor vizuale, capacitatea mică a interpretărilor, obişnuința perceperii prin alte modalități senzoriale, neîncrederea în propriile posibilități vizuale sunt explicații ale unei eficiențe vizuale mici mai mult decât impune leziunea oculară; un antrenament rațional al funcției vizuale ar putea înlătura, în parte, aceste piedici.

Dacă ambliopii ar fi instruiți la fel ca şi orbii, înseamnă că vederea neexercitată nu s-ar păstra, ci ar scădea. J. Jones lansa ideea conform căreia „rareori utilizarea vederii este dăunătoare” ci, dimpotrivă, utilizarea vederii sporeşte eficiența vizuală, iar inactivitatea diminuează capacitatea vizuală.

Utilizarea vederii este benefică, dar nu trebuie să se ajungă la excese; de aceea, Pierre Oléron scria că „principiul călăuzitor în educație este a nu întreprinde nimic care să producă vreo oboseală”, dar el mai adăuga: „cu un copil ale cărui posibilități de vedere sunt stabilizate, atitudinea de conservare a acestora ca pe un bun inutil nu se justifică deloc. Cu condiția examinărilor periodice ale medicului oftalmolog, examinări care vor depista eventualele deteriorări, utilizarea acestor posibilități este, din contră, prima grijă a profesorului”. Deci, se afirmă necesitatea ca posibilitățile vizuale să fie mobilizate pentru a le menține şi a le dezvolta.

Trebuie să se asigure o educație vizuală sistematică pentru a asigura caracterul progresiv al exercitării vederii, să se înlăture obstacolele de care copilul nu este conştient, să se prevină supra-solicitarea, dar şi supraprotecția vizuală, să se împiedice şi să se înlăture inhibarea activității vizuale spre care sunt predispuşi unii copii ambliopi.

Recuperarea nu se poate desăvârşi numai prin exercitarea ei în procesul de învățământ, ci ea trebuie făcută permanent în funcție de gradul de handicap al fiecărui copil; deci, educația trebuie făcută individual.

Funcția vizuală se dezvoltă ontogenetic, pe baza posibilităților specifice organismului uman şi a activității copilului, care oferă fotostimulările necesare acestei dezvoltări, împreună cu celelalte modalități senzoriale. Copilul învață treptat să vadă, perfecționându-şi treptat vederea, acumulând un uriaş fond de reflexe condiționate pe fondul celor necondiționate existente; are loc o diferențiere cât mai fină a excitanților, vederea căpătând rol conducător în recunoaşterea formelor, mărimilor, în aprecierea distanțelor.

Procesul se continuă şi în şcoală, existând numeroase studii psihologice care au arătat creşterea unor indici ai vederii prin realizarea de exerciții gradate, în condițiile vederii normale.

În *recuperarea nevăzătorilor* trebuie să se urmărească: formarea şi dezvoltarea deprinderilor de a se autoîngriji, de a percepe mediul ambiant, de a se orienta în spațiu şi timp (prin stimularea şi dezvoltarea simțurilor existente – auz, tact, miros şi prin folosirea de repere şi mijloace auxiliare – ex. număr de paşi, vibrații, ritm biologic, baston etc.), învățarea scris-cititului specific (alfabet Braille), abilitarea deficienților de vedere de a putea realiza o meserie adecvată handicapului existent, în vederea integrării lor sociale.

REZUMAT

Deficiența de vedere este o deficiență de tip senzorial şi constă în diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuității vizuale. Handicap vizual înseamnă, aşadar, scăderea acuității vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vieții intrauterine până la moarte. Handicapul vizual apare, aşadar, din cauza insuficientei funcționări (sau chiar a eliminării) a analizatorului vizual. Deficiența de vedere se poate clasifica în funcție de mai multe criterii: *gradul (gravitatea) defectului vizual* (deficiența vizuală prezintă de la pierderea totală a capacității vizuale şi până la ambliopie diferite grade, astfel încât între cecitatea absolută şi ambliopie mai există – după un termen introdus de Truc – şi o „cecitate relativă"; cecitatea – orbirea reprezintă aşadar un

handicap major sau total de vedere, presupunând lipsa completă a văzului), *momentul instalării defectului vizual* (deosebim astfel *defecte congenitale, defecte survenite* în copilăria timpurie, la vârsta anteşcolară, preşcolară, şcolară şi *defecte tardive).* Orbii congenitali sunt complet lipsiți de reprezentări vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit – ținându-se cont de timpul care a trecut de la apariția defectului până la vârsta actuală – se păstrează o serie de imagini vizuale care pot avea o influență însemnată asupra particularităților psihologice individuale. Există şi două tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterică şi agnozia vizuală. În cazul **cecității isterice,** din punct de vedere fiziologic şi anatomic, analizatorul vizual nu prezintă nici o disfuncție, dar din punct de vedere psihic subiectul refuză inconştient să vadă (de ex. un traumatism/şoc emoțional în care informația vizuală a jucat un rol major – subiectul şi-a văzut soția în flăcări în propria casă arzând, fără a o putea salva). **Agnozia vizuală** este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic şi anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, însă subiectul vrea/crede că vede. Există şi criteriul **etiologiei** cecității şi ambliopiei, în funcție de care deosebim atâtea categorii de deficienți vizual câte cauze pot provoca defecte vizuale. **Cauzele** cecității şi ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleaşi afecțiuni oculare putând provoca leziuni şi modificări de diferite grade ale analizatorului vizual. Nu se poate vorbi în general despre cauzele deficiențelor vizuale, în această privință existând diferențe destul de pronunțate de la o epocă la alta, de la o regiune geografică a lumii la alta. În plus se poate discuta despre cauzele cecității şi ale ambliopiei şi în funcție de perioada de vârstă în care se manifestă cu preponderență (cauze ale cecității congenitale dobândite în copilărie, tardiv sau numai la bătrânețe). Cele mai importante cauze sunt: afecțiunile analizatorului vizual, afecțiuni organice generale care pot determina deficiența vizuală, traumatismele oculare etc.

În ce priveşte *particularitățile deficientului vizual* se constată o schimbare a expresiei feței, care se datorează lipsei funcției expresive a ochilor, o dezvoltare fizică întârziată (W. Dabe vorbind despre o rămânere în urmă în medie de 2 ani), atitudini deficiente globale (mai frecvente sunt: atitudini globale rigide, atitudini cifotice şi musculatura insuficient dezvoltată).

Din cauza activităţii motrice reduse şi a deficienţelor în dezvoltarea somatică, apar şi tulburări la nivelul sistemelor circulator şi respirator, respiraţia fiind superficială, lipsită de amplitudine. Un aspect special al acestor particularităţi îl constituie manierismele, ticurile sau manifestările motrice negative. Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficienţilor vizual, denumite de literatura anglo-saxonă: *blindisme.* O altă particularitate a psihomotricităţii nevăzătorului constă în faptul că *schema corporală* se realizează mai târziu şi mai greoi decât la copilul văzător.

În **recuperarea** *persoanelor cu ambliopie* se acţionează, în primul rând, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activităţii vizuale şi evitarea condiţiilor de lucru care ar putea dăuna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei în condiţii optime şi de aceea un obiectiv important în recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-l învăţa pe elev să-şi folosească posibilităţile vizuale şi de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ şi sistematic. *Recuperarea se individualizează în funcţie de caz* pentru a stabili un echilibru raţional al mecanismelor compensatorii, făcând ca anumite mecanisme să devină dominante şi frânând acţiunea altora inutile sau dăunătoare. Recuperarea nu se poate desăvârşi numai prin exercitarea ei în procesul de învăţământ, ci ea trebuie făcută permanent în funcţie de gradul de handicap al fiecărui copil. Deci, educaţia trebuie făcută individual.

CONCEPTE-CHEIE

- *Deficienţă de vedere* = deficienţă de tip senzorial şi constă în diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuităţii vizuale. Handicap vizual înseamnă, aşadar, scăderea acuităţii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vieţii intrauterine până la moarte.
- *Acuitate vizuală* = facultatea regiunii musculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici. Limita inferioară la care un obiect poate fi perceput constituie *minimum perceptibile*. Capacitatea de separare a două imagini izolate pe retină constituie *minimum separabile.* Determinarea acuităţii vizuale se face cu ajutorul *optotipilor* (tabele optometrice). Tabelele optometrice sunt formate din rânduri de litere, cifre, semne sau imagini de mărime descrescândă, verificate statistic.

Lângă fiecare rând este specificată distanța de la care dimensiunile respective pot fi percepute de un ochi emetrop (normal). Examinarea se face de la o distanță fixă de 5 metri, separat pentru fiecare ochi. Rezultatul (acuitatea vizuală) se calculează după formula v=d/D, la care numărătorul (d) este egal cu distanța examinării (5 m.), iar numitorul (D) reprezintă distanța citirii rândului respectiv de către un ochi emetrop. Clasificarea deficienților vizuali în funcție de acuitatea vizuală este redată în tabelul următor:

Gradul defectului vizual	Acuitatea vizuală exprimată în:			Locul de şcolarizare
	Fracții ordinale	**Fracții zecimale**	**Procen-te %**	
Cecitate totală	0-1/200	0-0.005	0-0.5	**Şcoala de orbi**
Cecitate practică	1/200-1/50	0.005-0.02	0.5-2	
Ambliopie gravă	1/50-1/20	0.02-0.05	2-5	
Ambliopie	1/20-1/5	0.05-0.2	5-20	**Şcoala de ambliopi**

- *Cecitatea(orbirea)* = un handicap major (total) de vedere, presupunând lipsa completă a văzului. Există orbire congenitală (din naştere) şi orbire dobândită (din diferite cauze).Un tip aparte de cecitate este *cecitatea isterică***,** când, din punct de vedere fiziologic şi anatomic, analizatorul vizual nu prezintă nici o disfuncție, dar din punct de vedere psihic subiectul refuză inconştient să vadă (de ex.un traumatism/şoc emoțional în care informația vizuală a jucat un rol major – subiectul şi-a văzut soția în flăcări în propria casă arzând, fără a o putea salva). Fenomenul aflat la polul opus este a*gnozia vizuală*, caz în care, din punct de vedere fiziologic şi anatomic, analizatorul vizual este evident afectat, însă subiectul vrea /crede că vede.
- *Agnozia* = incapacitatea individului de a recunoaşte obiecte uzuale, în pofida păstrării intacte a organelor de simț şi a unei inteligențe normale. *Agnozia vizuală (cecitatea psihică*) este consecința distrugerii

(bilaterale) a zonelor de proiecție a căilor vizuale la nivelul lobului occipital.

- *Miopia* = un exces de refracție, care tulbură percepția la distanță a individului (nu vede bine la distanță). Imaginea optică a obiectului se formează nu pe ecranul retinian, ci înaintea lui, fiind neclară. Miopul tinde să se apropie de obiect sau să apropie obiectul de ochi ca să-l poată vedea mai clar.
- *Hipermetropia* = o refracție insuficientă, drept urmare imaginea obiectului este neclară şi se formează în spatele retinei subiectului. Acesta are, aşadar, dificultăți în a percepe obiectele din apropiere şi pentru a le depăşi tinde să le îndepărteze de ochi.

EXTENSII TEORETICE

Particularități ale explorării vizuale în cazuri patologice (boli neurologice, boli psihice, deficiențe mintale)

În multe cazuri de *agnozii* există tulburări de comportament oculomotor. Agnozia este incapacitatea individului de a recunoaşte obiecte uzuale, în pofida păstrării intacte a organelor de simț şi a unei inteligențe normale. A. R. Luria, L. A. Iarbus (anii '60) au arătat că în *agnozia vizuală* se întâlnesc tulburări ale oculomotricității, mişcările oculare voluntare fiind modificate față de normal atunci când bolnavul încearcă să recunoască un obiect cu privirea. Mişcările oculare în acest caz sunt haotice, extrem de numeroase, neeconomice, cu multe « zone » de fixare a privirii care se suprapun. În *alexia agnozică* sau în *agnozia de simultaneitate* există tulburări ale oculomotricității, când, deşi elementele componente ale unui obiect perceput sunt recunoscute separat, în sine, ele nu pot fi grupate de către individ într-un tot, în imaginea unitară a obiectului respectiv. Un caz particular în care perturbarea oculomotrică intervine în prim plan este *sindromul Balint* – 1909 (*paralizia psihică a privirii*), caracterizat prin imposibilitatea bolnavului de a percepe stimulii vizuali periferici, reflexul de fixare a privirii fiind perturbat (bolnavul neputând să-şi desprindă privirea de la un obiect la care s-a fixat). Paraliziile cerebrale sunt însoțite frecvent de tulburări ale mersului, ale organizării oculomotricității. În domeniul psihiatriei s-a încercat relevarea particularităților explorării vizuale în cazul *bolnavilor psihici*. În urma unor cercetări (S. Tasiak, W. Thomas – 1970) s-a constatat că cei cu boli

psihice evită să exploreze vizual fotografiile de oameni, îndeosebi fața acestora, fiind mai interesați de explorarea vizuală a pozelor cu animale, cu obiecte etc. Sunt studii (R. Osaka, J.R. Davies) care arată că şi în cazul *deficienților mintal* apar tulburări ale mişcărilor oculare, precizia şi eficacitatea mişcărilor de urmărire vizuală şi a mişcărilor sacadate exploratorii tind să crească o dată cu vârsta mintală a individului deficient şi nu cu vârsta sa cronologică.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Caracterizați prin comparație ambliopia şi cecitatea.
2. Particularitățile psihice ale deficientului de vedere.
3. Cum s-ar putea realiza un demers recuperator în cazul unui orb congenital?

BIBLIOGRAFIE

1. DAMASCHIN D., *Defectologia. Teoria şi practica compensației. Nevăzători, ambliopi, orbi-surdomuți*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
2. DAMASCHIN D., *Mijloace tehnice moderne de compensare a deficiențelor senzoriale,* Analele Universității Bucureşti, 1965.
3. LAROUSSE, *Dicționar de psihiatrie şi psihopatologie clinică,* Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.
4. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
5. NEVEANU POPESCU P., *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
6. PĂUNESCU C., *Copilul deficient. Cunoaşterea şi educarea lui,* Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1983.
7. PREDA V., *Explorarea vizuală – Cercetări fundamentale şi aplicative*, Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1988.
8. ROZOREA A., *Deficiența de vedere – o perspectivă psihosocială şi psihoterapeutică,* Ed. ProHumanitate, 1998.
9. SIMA I., *Psihopedagogie specială – studii şi cercetări,* vol. I, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
10. STRĂCHINARU I., *Psihopedagogie specială*, vol. I, Ed. Trinitas, Iaşi, 1994.
11. ŞCHIOPU U., *Dicționar de psihologie*, Ed. Babel, Bucureşti, 1997.
12. ŞTEFAN M., *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981.

13. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților*, Ed. Universității București, 1990.
14. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
15. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8, Ed. Universității Bucureşti, 1988.
16. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universității Bucureşti, 1987.
17. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale*, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
18. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

3. **DEFICIENȚA DE AUZ**

3.1. **Caracterizarea generală a handicapului de auz**

Oamenii au cinci simțuri cu ajutorul cărora experimentează lumea înconjurătoare, simțurile fiind uneltele cu care învățăm şi comunicăm. Când se naşte, copilul are mintea deschisă şi pregătită pentru recepționarea informațiilor prin toate aceste simțuri. Cu cât informațiile primite sunt mai numeroase, cu atât copilul va putea înțelege lumea înconjurătoare şi se va integra mai bine în societate.

Auzul este critic pentru dezvoltarea vorbirii şi a limbajului în general. De aceea este foarte important ca pierderea de auz să fie descoperită cât mai devreme cu putință, întrucât o întârziere în dezvoltarea vorbirii şi a limbajului poate fi evitată dacă există o amplificare suficientă a sunetelor.

Handicapul de auz aparține unei categorii mai ample de handicapuri – cele *senzoriale* (din care face parte şi deficiența de vedere) şi *reprezintă diminuarea sau pierderea totală sau parțială a auzului.* Prin instalarea unui deficit auditiv, activitatea şi relațiile individului cu lumea înconjurătoare sunt puternic perturbate. Atunci când handicapul de auz există de la naştere sau când apare de timpuriu (mica copilărie), dificultățile în însuşirea limbajului de către copil sunt majore – vorbim despre fenomenul *muțeniei* care însoțeşte pierderea totală a auzului. În cazul în care degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale şi nu se intervine în sens recuperator, se instalează un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice.

Putem spune că, în timp ce pierderea auzului înaintea vârstei de 2-3 ani are drept consecință mutitatea (copilul devenind surdomut), dispariția simțului auditiv la câțiva ani după însuşirea limbajului de către copil determină dificultăți în menținerea nivelului atins, chiar regresii în plan

verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensității vocii sau al exprimării gramaticale).

Efectele deficienței de auz sunt diferite deci în funcție de vârsta la care a apărut handicapul auditiv, de particularitățile psihice ale individului, de mediul în care trăieşte acesta, de atitudinea celor din jur etc.

O ureche cu acuitate normală poate să suplinească surditatea celeilalte. Din punct de vedere statistic, unul din zece oameni suferă, într-o măsură mai mare sau mai mică, de tulburări ale auzului.

Este foarte dificil de a defini dezvoltarea normală atunci când este vorba despre oameni. Fiecare individ se dezvoltă în felul sau în ritmul său. Putem vorbi de repere generale în dezvoltarea auzului, deşi este mai important de notat care este progresul natural al copilului prin diferitele stadii de dezvoltare decât să ne concentrăm pe atingerea unui reper specific pentru o vârstă specifică.

Fetusul uman posedă un auz rudimentar încă din a 20-a săptămână de sarcină. Acest auz se va dezvolta şi maturiza pe tot timpul sarcinii. Fătul este apt să audă sunete din exterior, deşi aude mult mai bine sunetele de frecvență joasă decât sunetele de frecvență înaltă. Între *0-4 luni* copilul tresare la sunete bruşte şi puternice şi îndreaptă privirea sau capul spre sursa sonoră. Între *3-6 luni* devine interesat de diferite sunete. Experimentează auzul producând sunete, aparent recunoscând vocile familiare. La *6-12 luni* gângureşte şi începe să înțeleagă cuvinte simple cum ar fi „mama” şi „pa”, fiind în stare să execute comenzi simple. Între *12-18 luni* gânguritul începe să se transforme în cuvinte, copilul putând folosi în jur de 20 de cuvinte şi înțelegând circa 50. La *2 ani* poate vorbi în propoziții simple folosind un vocabular de aproximativ 200-300 de cuvinte. Îi place să i se citească şi poate identifica şi numi lucruri observate în imagini, pentru ca la *3-4 ani* să folosească cuvinte şi propoziții pentru a-şi exprima propriile nevoi, întrebări şi sentimente. Vocabularul, pronunția şi înțelegerea cuvintelor se îmbunătățesc vizibil în această perioadă.

Atunci când există o leziune la oricare dintre părțile componente ale analizatorului auditiv, abilitățile auditive ale copilului pot fi compromise. Numai câteva afecțiuni ale sistemului auditiv pot fi tratate cu medicamente sau chirurgical, în timp ce majoritatea pot fi remediate cu ajutorul unei proteze auditive.

Anumiți factori pot influența impactul pe care îl are pierderea de auz asupra dezvoltării copilului. Un copil care s-a născut cu o pierdere de auz prezintă o mai mare întârziere în dezvoltarea vorbirii şi a limbajului decât un copil al cărui auz a fost afectat după însuşirea limbajului. De asemenea gradul pierderii de auz are o importanță foarte mare. Cu cât pierderea de auz este mai mare, cu atât dezvoltarea vorbirii şi a limbajului va fi mai afectată.

Este foarte important faptul ca pierderea de auz să fie diagnosticată şi tratată cât mai devreme posibil. Există date clare care arată că un copil cu o pierdere de auz îşi poate dezvolta vorbirea şi limbajul similar unui copil cu auz normal, dacă este protezat înainte de a împlini vârsta de 6 luni.

3.2. **Clasificarea şi etiologia handicapurilor de auz**

Handicapul de auz se poate manifesta în anumite forme sau grade care presupun deteriorări parțiale sau totale ale simțului auditiv.

Clasificarea tipurilor de deficiență de auz se realizează în funcție de mai multe criterii:

a. După *gradul (gravitatea) deficitului de auz* identificăm: **hipoacuzia** (diminuarea /degradarea auzului între 0-90 dB) şi **surditatea sau cofoza** (pierderea totală a auzului – peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la rândul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie uşoară (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (între 30-60 dB) şi hipoacuzie severă sau profundă (între 60- 90 dB).

Handicapul de auz parțial (hipoacuzia) afectează aproximativ 1% din populație (persoanele cu o astfel de deficiență fiind denumite în popor „ tari de ureche"), fiind un serios handicap în viața de zi cu zi a individului, atât în planul şcolarizării, al exercitării profesiei, cât şi al relaționării cu ceilalți oameni.

Termenul „pierdere de auz" sau „hipoacuzie" nu implică surditate totală (cofoza). O persoană surdă (cofotică) este incapabilă de a procesa sau auzi sunete cu sau fără un aparat auditiv, în timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

Semnele hipoacuziei

Copiii cu o pierdere de auz adesea învață să compenseze acest neajuns fiind mult mai atenți la informațiile pe care le primesc pe alte căi,

cum ar fi schimbarea intensității luminii la închiderea sau deschiderea unei uşi, vibrațiile podelei şi mişcările aerului. De aceea, răspunsurile lor pot părea normale făcând ca pierderea de auz să fie dificil de depistat.

Testarea auzului la copiii nou născuți, prin programul de *screening* al auzului, este cea mai bună cale de a detecta pierderea de auz încă de la naştere. Atunci când nu există program de *screening*, adesea părinții sunt cei care încep să suspecteze o pierdere de auz.

Există o serie de manifestări care apar în comportamentul copilului care ar putea să indice dacă există la acesta probleme de auz. Fiecare copil se dezvoltă într-un anume ritm de aceea nici unul dintre aceste semne nu poate indica sigur dacă există o problemă, dar fiecare indică pierderea unei importante informații auditive de către copil.

Semnele pierderii de auz:

- Nu tresare la sunete puternice.
- Nu poate localiza sursa sonoră, de exemplu întoarce capul în direcția opusă zgomotului. Copiii cu un auz normal de obicei încearcă să întoarcă capul pentru a localiza sursa de sunet chiar de la vârsta de cinci luni.
- În general este nevoie de o amplificare a sunetelor atunci când: copilul stă prea aproape de televizor, dă volumul foarte mare, în mod frecvent întreabă „ce?” atunci când i se vorbeşte sau nu răspunde atunci când este chemat.
- Dacă îşi atinge frecvent urechile sau trage de ele, putem bănui că le simte înfundate sau că există o infecție la nivelul acestora.
- Încetarea sau modificarea gânguritului (acesta devenind mai strident, semănând cu un țipăt) în jurul vârstei de 6-8 luni.
- Lipsa răspunsului normal la sunete (de exemplu, nu răspunde la rostirea propriului nume după vârsta de 6 luni).
- Dacă gânguritul nu evoluează către sunete ale vorbirii care pot fi recunoscute sau cuvinte atunci când copilul se apropie de vârsta de 2 ani.
- Lipsa răspunsului la comenzi simple cum ar fi „adu mingea lui tăticu” atunci când are vârsta de aproape un an (mai puțin atunci când comanda este însoțită de gestică).
- Fuge de contactul cu alți copii sau devine agresiv. Aceasta indică frustrare cauzată de lipsa de înțelegere ca urmare a pierderii de auz.

- Frecvent nu înțelege o adresare directă.

Handicapul de auz total (surditatea sau cofoza) constă în slăbirea/pierderea mai mult sau mai puțin totală a auzului.

b. După *lateralitate* putem întâlni: deficiențe de auz unilaterale (localizate doar la nivelul uneia dintre urechi, cealaltă fiind sănătoasă şi de cele mai multe ori funcționând compensator) şi deficiențe de auz bilaterale (care afectează ambele urechi).

c. După *momentul apariției deficienței de auz* există: deficiențe ereditare (moştenite) şi deficiențe dobândite (contractate), acestea din urmă fiind la rândul lor împărțite în deficiențe prenatale, perinatale şi postnatale.

d. În funcție de *localizarea leziunilor anatomo-fiziologice ale analizatorului vizual* se vorbeşte despre: *surditate* ereditară Siebenmann (în care se produc leziuni ale capsulei osoase şi ale celulelor senzoriale sau ganglionare de la nivelul fibrelor nervoase), surditate Sheibe (cauzată de atrofierea nicovalei prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului Corti şi a vascularizării striate) şi surditate Mondini (determinată de lezarea nucleului, de dilatarea canalului cohlear şi a vestibulului, de atrofierea nervului cohlear, a ganglionilor şi a organului Corti).

e. După *etiologia anatomo-fiziologică, handicapul de auz total* se mai poate clasifica în următoarele forme: *surditate de transmisie sau de conducere* (caz în care sunetul este împiedicat să ajungă la urechea internă din cauza unor malformații ale urechii, defecțiuni ale timpanului, obturări sau blocări ale canalului auditiv extern*), surditate de percepție* (care constă în pierderea funcției de recepție la nivelul acesteia, al nervului auditiv sau al centrilor nervoşi) şi *surditate centrală sau mixtă* (care include atât elemente ale surdității de transmisie, cât şi ale celei de percepție, fiind provocată de afecțiuni ale nervului auditiv sau cerebral).

Ținând cont de cele spuse anterior, putem depista **cauze** *ale deficienței de auz ereditare* şi *cauze ale deficienței de auz dobândite*. În prima categorie (a cauzelor deficienței de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la părinți la copii, în timp ce în a doua categorie (cauze ale deficienței de auz dobândite) găsim trei tipuri de cauze: a. *cauze prenatale* – care intervin pe perioada sarcinii şi constau în maladii infecțioase ale gravidei, tulburări ale metabolismului,

afecțiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substanțe toxice (de ex. alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mamă-făt), traumatisme fizice etc; b.*cauze perinatale (neonatale*) – constând în leziuni anatomo-fizilogice în timpul naşterii, hemoragii, anoxie sau asfixie albastră etc.; c. *cauze postnatale* – de natură toxică sau traumatică (infecții – otită, rujeolă, stări distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri îndelungate la stimuli auditivi foarte puternici – ex. muzică ascultată tare la căşti etc.).

Toate cauzele enumerate mai sus pot duce la apariția handicapului de auz, fie că este vorba despre unul parțial (hipoacuzie), fie că este total (surditate).

Mulți oameni asociază pierderea de auz cu îmbătrânirea. Într-adevăr, majoritatea pierderilor de auz au legătură cu îmbătrănirea, dar mai sunt multe alte cauze ale hipoacuziei. Aceste cauze pot fi ereditare, patologice (ca rezultat al unor boli), idiopatice (cu origine necunoscută).

În mod obişnuit, hipoacuzia este împărțită în două categorii: hipoacuzie de transmisie şi hipoacuzie neurosenzorială, în funcție de locul afecțiunii. Un copil poate avea o hipoacuzie mixtă, ceea ce este, de fapt, o combinație a celor două. Cunoaşterea tipului hipoacuziei este necesar pentru stabilirea tratamentului adecvat.

- *Hipoacuzia de transmisie*

Hipoacuzia de transmisie are ca rezultat reducerea nivelului sonor de la pavilion până la urechea internă. Aceasta poate fi cauzată de blocarea căii de transmitere a sunetelor sau de unele leziuni ale structurilor anatomice (pavilion, conduct auditiv extern, ureche medie). Transmiterea sunetelor poate fi împiedicată de unul sau mai mulți factori, de exemplu, presiunea din urechea medie poate fi prea mare sau prea mică, ceea ce face ca timpanul să nu se mişte liber, blocarea sau dislocarea articulațiilor oscioarelor din urechea medie care duce la inflexibilitatea acestora.

Marea majoritate a hipoacuziilor de transmisie pot fi tratate medicamentos sau chirurgical. Dar nu întotdeauna aceste proceduri pot restabili un auz normal. De aceea, persoanele cu hipoacuzii de transmisie pot beneficia cu succes de un aparat auditiv.

Cele mai frecvente *cauze ale hipoacuziilor de transmisie* se regăsesc în perioada copilăriei.

Dopul de cerumen

Acumularea de cerumen în conductul auditiv poate fi una dintre cauzele hipoacuziei de transmisie. Acesta trebuie îndepărtat de către un specialist atunci când a fost identificat drept cauză a pierderii de auz. Îndepărtarea se face fără complicații, după care în mod normal auzul este în totalitate restabilit.

Infecțiile urechii medii (otită medie)

Infecția urechii medii este o afecțiune des întâlnită în special la copiii mici. O infecție acută este foarte dureroasă şi trebuie tratată imediat. Dacă tratamentul nu este aplicat suficient de repede, poate apărea o fisură a timpanului. Un timpan sănătos în mod normal se vindecă singur închizând ruptura printr-o cicatrice. În orice caz, o acumulare de cicatrici la nivelul timpanului, ca urmare a mai multor episoade ale infecției, poate cauza o hipoacuzie de transmisie care va fi mult mai dificil de redresat. O infecție cronică, o altă formă de otită, poate să nu fie dureroasă, dar din această inflamație poate rezulta o hipoacuzie de transmisie considerabilă. O astfel de infecție, dacă este ignorată pentru o perioadă lungă de timp, poate cauza complicații grave cum ar fi apariția unei hipoacuzii neurosenzoriale.

- *Hipoacuzia neurosenzorială*

Hipoacuzia neurosenzorială este cauzată de leziuni la nivelul celulelor ciliate din urechea internă (cohlee) şi/sau la nivelul fibrelor aferente ale nervului auditiv care duc impulsul de la urechea internă la creier. Acest tip de pierdere auditivă poate fi foarte rar reversibilă prin medicamentație sau prin proceduri chirurgicale. Hipoacuzia neurosenzorială este de cele mai multe ori compensată cu ajutorul unui aparat auditiv.

Cele mai frecvente cauze ale hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt :

Congenita. În acest caz copilul s-a născut cu o pierdere de auz. O hipoacuzie congenitală poate fi ereditar transmisă de către unul dintre părinți sau o rudă mai îndepărtată. Poate fi consecința unor sindroame genetice (sindromul Down). Pe deasupra, acest tip de hipoacuzie poate apărea datorită unor factori agresivi care acționează în timpul sarcinii cum ar fi: alcoolul, drogurile, medicamentele, bolile contactate de către mamă înainte sau în timpul sarcinii sau complicații la naştere.

Trauma acustică. Expunerea continuă şi excesivă la sunete puternice sau expunerea scurtă la un sunet de impact pot cauza o hipoacuzie neurosenzorială (ex. artificii şi pistoale).

Infecțiile. În cazuri grave de boli cum ar fi pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsivă (tusea măgărească), pot apărea hipoacuzii neurosenzoriale cu pierderi foarte mari.

3.3. **Diagnosticarea handicapului de auz**

O tehnică cu grad ridicat de precizie în diagnosticarea handicapului de auz este **audiometria,** care poate fi folosită după vârsta de 3 ani. Ea constă în măsurarea acuității auditive separat pentru fiecare ureche în parte şi întocmirea audiogramei (grafic reprezentând comparativ acuitatea auditivă a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficienței de auz şi se va urmări compensarea acolo unde este cazul.

Este important să se facă distincție între copilul hipoacuzic şi cel deficient mintal, afazic sau cu tulburări de caracter (care şi ei pot să nu vorbească, dar din alte cauze).

Depistarea şi diagnosticarea handicapului de auz cât mai de timpuriu facilitează luarea unor măsuri medicale şi psihopedagogice adecvate şi necesare pentru a asigura o dezvoltare apropiată de normal şi pentru organizarea activității de formare a comunicării, a exersării cogniției. Disfuncția auditivă poate fi depistată încă din primul an de la naştere, printr-o serie de mijloace empirice, dar şi ştiințifice. Pentru copiii mici se iau în considerare reacțiile de răspuns la diferite sunete depistate prin observație de părinți, rude, educatori care se manifestă prin tresărire, mişcări ale ochilor sau ale unor segmente ale corpului în direcția sursei de zgomot, prin înțelegerea şi răspunsul la vorbire, indicarea unor obiecte numite de către adult etc. În jurul vârstei de 3 ani se pot utiliza unele teste de auz, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner şi testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferențieze surditățile de percepție de cele de transmisie şi ajută totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă, folosind ca instrument de lucru diapazonul. *Testul lui Weber* se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazon ce este aplicat pe frunte. Când diapazonul este aplicat pe linia mediană a frunții unui handicapat care suferă de o surditate unilaterală a urechii

medii, sunetul diapazonului va fi perceput în urechea bolnavă, iar în condițiile când surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală. Cu ajutorul *testului Rinner* se poate realiza verificarea separată a fiecărei urechi odată cu blocarea urechii opuse. Pentru aceasta, diapazonul în vibrație se aplică pe apofiza mastoidă şi, în cazul când sunetul nu este perceput, diapazonul se apropie de meantul auditiv. Când surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit un timp şi după încetarea percepției osoase. *Testul lui Schwabach* contribuie atât la verificarea conductibilității osoase, cât şi a celei aeriene. Procedeul constă în raportarea unor calități ale auzului subiectului testat la cele ale examinatorului. Astfel, când subiectul nu mai aude sunetul prin conductibilitatea osoasă, diapazonul se aplică pe apofiza mastoidă a examinatorului, iar când nu aude sunetul prin conductibilitatea aeriană, diapazonul este plasat în apropierea urechii examinatorului. Pentru ambele forme ale testării se marchează timpul în care examinatorul continuă să audă sunetul după ce subiectul nu-l mai aude, timp ce se constituie ca parametru al pierderii auzului. Toate cele trei teste pun în evidență faptul că afectarea urechii medii duce numai la disfuncționalitatea aeriană, în timp ce surditatea determinată de leziuni ale urechii interne sau ale căilor auditive determină afecțiuni atât în transmiterea sunetului prin intermediul oaselor craniului, cât şi prin aer.

Comportamentele şi activitatea psihică a handicapatului de auz se manifestă şi în funcție de gradul pierderii auzului, dar fără a neglija alte caracteristici, cum sunt cele legate de vârsta la care intervine afecțiunea, potențialul psihic, condițiile mediului socio-cultural în care trăieşte etc. Aceste aspecte au la bază în primul rând, modul în care subiectul se poate relaționa prin comunicare cu cei din jur. Dacă, în hipoacuzia uşoară şi în cea medie, realizarea contactului cu cei din jur se face printr-o sporire a audiției şi printr-o apropiere relativă față de sursa de emisie, în hipoacuzia severă încep să apară dificultăți ce pot fi relativ estompate prin utilizarea protezelor, iar în cofoză se impune o demutizare precoce.

Copiii de orice vârstă, chiar şi cei nou-născuți, pot face teste de auz. Există o mare varietate de metode disponibile de testare a auzului care vor fi alese în funcție de vârsta şi maturitatea copilului. Testele de auz nu vor

fi traumatizante pentru copil. În unele țări testele de auz sunt o rutină în cadrul sistemul pediatric.

Alte teste utilizate pentru diagnoza defectului de auz, în afara celor enunțate anterior sunt:

Anamneza, care urmăreşte obținerea a cât mai multor informații posibile de natură să determine cauza pierderii auditive, efectele şi complicațiile apărute. Întrebările pot fi referitoare la familie, la mediul în care s-a dezvoltat copilul, la bolile pe care le-a avut, la felul cum a decurs sarcina şi multe altele.

Otoscopia. Otoscopul este un instrument care emite lumina, special creat pentru vizualizarea clară a conductului auditiv şi a timpanulul. Cu ajutorul acestui instrument se pot observa posibilele anomalii anatomice ale urechii care contribuie la pierderea de auz.

Otoemisiunile acustice. Acest test care detectează pierderea de auz fără a fi necesară participarea activă a copilului este foarte rapid şi sigur şi se poate face şi în centrele neonatale la câteva zile de la naşterea copilului. El măsoară activitatea celulelor ciliate din urechea internă ca urmare a stimulării lor acustice şi se realizează atunci când copilul este foarte liniştit sau doarme.

Potențialele evocate auditive. Cu ajutorul acestui test se măsoară undele (impulsurile) apărute în creier în urma stimulării sonore. De asemenea, acest test se realizează fără participarea activă a copilului. Durata lui este mai mare decât în cazul otoemisiunilor, dar informațiile obținute pot fi utilizate în cazul în care copilul are nevoie de un aparat auditiv.

Impedanța acustică. Acest test înregistrează mişcările timpanului ca urmare a schimbării de presiune din urechea medie. Măsurarea mobilității timpanului şi a presiunii din urechea medie poate oferi informații despre integritatea urechii medii. Acest test este foarte util în determinarea cauzei hipoacuziei copilului şi este testul care va determina alegerea diagnosticului în cazul infecțiilor urechii medii. Cu ajutorul imitanței se poate înregistra şi pragul reflexului acustic care apare ca urmare a sunetelor puternice. Acest reflex are ca efect o „încordare" a timpanului şi este o protecție naturală împotriva sunetelor puternice. În cazul în care nu este obținut un reflex acustic sau este obținut la intensități foarte mari, acesta este un semnal de alarmă că o structură a aparatului auditiv este afectată. Testul se realizează foarte rapid şi nu necesită participare activă a copilului.

3.4. **Caracteristicile funcțiilor şi proceselor psihice la handicapații de auz**

Deficiența de auz afectează într-o măsură mai mare sau mai mică (în funcție de gradul pierderii auzului) toate palierele vieții psihice a individului, atât din punct de vedere cantitativ, cât şi calitativ. Se ştie că, prin ea însăşi, disfuncția auditivă nu are efect determinant asupra dezvoltării psihice; totuşi ea duce la instalarea mutității, care stopează dezvoltarea limbajului şi restrânge activitatea psihică de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina şi o întârziere intelectuală, cauzată de modificarea raportului dintre gândire şi limbaj. C. Pufan arată, astfel, că gândirea surzilor presupune operare cu imagini generalizate, analiza, sinteza, comparația, abstractizarea şi generalizarea fiind realizate dominant prin vizualizare. Ca urmare, **gândirea** deficientului de auz se evidențiază prin concretism, rigiditate, şablonism, îngustime şi inerție, deosebindu-se astfel de gândirea persoanei auzitoare – care este predominant verbală.

La **copiii surzi din naştere,** însuşirea comunicării verbale este blocată, la fel şi achiziția de experiențe sociale, fapt ce limitează dezvoltarea capacităților intelectuale, a gândirii şi a personalității copilului. Pe fondul **surdității contractate (dobândite)** după achiziționarea limbajului, apare diminuarea capacităților intelectuale ale copilului, dacă nu se intervine compensator în mod sistematic şi organizat în direcția stimulării proceselor psihice.

Chiar şi în **hipoacuzie** pot apărea fenomene de regres sau de stagnare, în lipsa unor factori stimulatori pentru comunicare.

Limbajul handicapaților de auz este puternic influențat de deficiența senzorială existentă, fiind afectate în planul vorbirii modul de exprimare şi calitatea discursului, neexistând feedback-ul sonor de corecție sau fiind diminuat. Limbajul oral al deficientului de auz este, aşadar, deficitar pe linia exprimării (nearmonioase), a intonației (stridentă sau monotonă), a ritmului, a calității articulării, fapt ce perturbă inteligibilitatea vorbirii.

Având în vedere că **hipoacuzicii** au posibilitatea de a percepe unele sunete şi cuvinte, vocabularul lor se dezvoltă mai rapid decât cel al surzilor, astfel că ei ajung să folosească tot mai corect exprimarea prin

cuvinte şi propoziţii, să înţeleagă mesajele verbale recepţionate şi să se facă înţeleşi de interlocutori.

Limbajul handicapatului de auz total (surd) este bazal non-verbal – *mimico-gestual*, centrat pe utilizarea gesturilor ca mijloace de comunicare, codificând în ele cuvinte, expresii, stări, propoziţii. Acest tip de limbaj presupune reprezentarea gândurilor, ideilor prin imagini în acţiune. Gesturile folosite de copilul surd pot fi naturale (ce imită o acţiune sau o caracteristică existentă în realitate), artificiale (fiind simbol – sinteză a unei idei), indicatoare (ex.: gestul de a arăta spre ceva), evocatoare (ex.: deget la ureche) etc., între gesturi şi mimică existând o concordanţă puternică.

Limbajul surdului ajunge să capete un caracter *bilingv*, odată cu parcurgerea procesului de **demutizare**, când se face trecerea la însuşirea limbajului verbal sonor (oral).

Există o diferenţă vizibilă privind comportamentul şi personalitatea copiilor surzi proveniţi din familii normale cu părinţi auzitori şi a celor proveniţi din familii de surzi. Aceştia din urmă, ajunşi la şcoală, vin cu un bagaj de cunoştinţe mult mai mare şi mai variat decât ceilalţi, folosesc o gamă bogată de gesturi extrem de expresive şi dau dovadă mai puţin de inhibiţie şi de timiditate.

Personalitatea deficienţilor de auz poartă amprenta handicapului existent, deşi şi aici vorbim de diferenţe comportamentale. Astfel, sunt copii deficienţi de auz (mai mulţi ca număr), timizi, neîncrezători, dependenţi de anturaj, anxioşi, negativişti, cu teamă crescută de eşec, lipsiţi de iniţiativă, fără interese, cu frică de respingere, aşa cum există şi deficienţi de auz sociabili, degajaţi, optimişti.

3.5. **Recuperarea şi integrarea deficienţilor de auz**

Odată cu asigurarea condiţiilor de demutizare pentru surdomut şi de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzici se pun bazele formării gândirii noţional-verbale şi se facilitează dobândirea de experienţe, de cunoştinţe, de cultură, imprimând caracter informativ şi formativ activităţii cu handicapaţii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, şcolii şi cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea

comunicării verbale şi crearea posibilităților de învățare a limbajului. *O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învățare se va baza pe mimicogesticulație, labiolectură şi, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici şi la surdomuții în curs de demutizare, forma principală de învățare trebuie să alterneze, în funcție de structura clasei de elevi învățarea intelectuală şi învățarea efectivă.* În acelaşi timp, învățarea motrică şi învățarea morală vor însoți întregul proces educativ, dată fiind necesitatea formării unor deprinderi de abilitare psihomotrică şi a elaborării unor habitudini psihocomportamentale. De asemenea, trebuie să se aibă în vedere, la surdomutul în curs de demutizare, că metodologia învățării comunicării, bazată pe utilizarea exclusivă a limbajului mimicogesticular, dactil etc., oricât de perfecționate ar fi acestea, nu pot asigura exprimarea nuanțată, complexă şi precisă a întregului complex al gândirii, ceea ce presupune şi dezvoltarea limbajului verbal prin intermediul căruia se realizează interrelaționarea de tip uman şi stimularea cogniției. Dificultăți şi limitări rezultă şi din faptul că limbajul gestual presupune transmiterea simultană a semnelor, în timp ce semnalele sonore se produc succesiv, ceea ce facilitează o mai bună discriminare a fenomenelor şi cuvintelor. Prin demutizarea surdomutului şi dezvoltarea vorbirii hipoacuzicului, vocabularul se îmbogăţeşte continuu şi se perfecționează pronunția, astfel încât cuvintele învățate înlocuiesc, tot mai frecvent, exprimarea prin gesturi. Cu toate acestea, handicapul de auz va influența şi în continuare modul de exprimare şi calitatea vorbirii subiectului. În aceste condiții, vorbirea handicapaților de auz se menține deficitară pe linia *exprimării, a intonației, a ritmului, a calității articulației*, ceea ce afectează inteligibilitatea vorbirii.

Având în vedere faptul că hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete şi cuvinte, vocabularul lor se dezvoltă mai rapid şi se ajunge la folosirea tot mai corectă a înțelegerii prin cuvinte şi propozițiii. Procesul de însuşire a structurilor verbale, ca şi automatizarea lor sunt dependente de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea acestora cât mai frecvent în diverse activități, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de felul în care educatorul ştie să le lege de conținutul corect pentru a facilita la elevi surprinderea semnificației lor. Activitatea de învățare a limbajului atât în grădiniță, cât şi în şcoala specială trebuie să se bazeze pe o metodologie specifică, care să permită realizarea legăturii dintre cuvinte, imaginile

labiovizuale şi semnificația verbală, pentru a se putea ajunge la elaborarea de stereotipii dinamice, prin intermediul cărora, receptarea succesiunii de imagini labiobucale a sunetelor vizibile să determine declanşarea articulației şi să facă posibilă înțelegerea comunicării.

Când se atinge stadiul de trecere de la limbajului mimicogestual la cel verbal, la surdomutul în curs de demutizare se creează condiții pe plan mintal, pentru trecerea de la gândirea în imagini la gândirea noțional-conceptuală. În aceste condiții, cuvântul stimulează nu numai dezvoltarea gândirii, dar şi a celorlalte procese psihice. În acest caz, noțiunea devine integrator al treptei senzoriale şi logice, deoarece cu ajutorul cuvântului ce o exprimă, se acumulează experiență şi se vehiculează informația necesară desfăşurării operațiilor gândirii: abstractizarea, generalizarea etc. Ca urmare, schemele operaționale se perfecționează în raport de parcurgerea etapelor caracteristice gândirii şi limbajului ce se modifică calitativ şi cantitativ în procesul demutizării.

Handicapații de auz care nu beneficiază de demutizare au tendința de a se izola de auzitori, ceea ce duce la întreținerea unor relații interumane restrânse, cu efecte negative pe linia integrării sociale şi profesionale. Prin izolare se instalează o serie de caracteristici în care copilul handicapat devine timid, dependent, neîncrezător în forțele proprii, anxios, negativist, lipsit de inițiativă, nemotivat pentru activități. În raport însă de cantitatea şi calitatea procesului recuperativ, asemenea neajunsuri pot fi depăşite şi se pot asigura condiții normale pentru socializare şi profesionalizare. Activitatea organizată de învățare imprimă relației dintre cognitiv şi afectiv un astfel de curs încât copilul îşi formează comportamentele ce au la bază motivații asimilate prin înțelegere şi conştientizare. De aici şi trăirea mai puțin dramatică a deficienței de care suferă. În acest context, activitatea recuperativ-compensatorie contribuie la reabilitarea socială a handicapaților de auz.

Obiectivele generale ale intervenției recuperatorii în deficiența de auz totală sunt:

– realizarea demutizării;

– conservarea şi dezvoltarea limbajului verbal la deficienții care au dobândit surditatea după ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune trecerea de la limbajul mimicogesticular la cel verbal. Limbajul mimicogesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifică cuvinte, litere şi stări de spirit. Fazele demutizării sunt:

1) obişnuirea copilului de a vorbi prin obiecte, cu indicarea lor;

2) însuşirea noţiunilor concrete;

3) însuşirea celorlalte noţiuni.

Se pot folosi şi protezele auditive pentru amplificarea intensităţii sunetelor, acestea fiind de mai multe feluri:

– proteze cu amplificare lineară – folosite pentru toate frecvenţele;

– proteze cu amplificare selectivă – prin selecţia frecvenţelor utile de cele inutile.

Proteza auditivă se utilizează gradat ca interval de utilizare, prima dată doar o jumătate de oră, apoi o oră întreagă etc. Înainte de a se pune proteza trebuie să se ştie că folosirea ei poate determina reacţii negative de genul: refuzul organismului de a primi acest corp străin sau starea de disconfort trăită de copilul care se vede că arată altfel.

Demutizarea mai înseamnă şi învăţarea labiolecturii, adică citirea cuvintelor, a frazelor de pe buzele interlocutorului. După C. Pufan, demutizarea se produce astfel:

1) etapa premergătoare demutizării – cu predominanţa gândirii şi limbajului concret;

2) etapa de început a demutizării – gândirea şi limbajul se realizează pe baza imaginaţiei şi parţial pe bază de cuvinte;

3) etapa demutizării concrete – predominanţa gândirii şi a limbajului pe bază de cuvinte şi parţial pe bază de imagini;

4) etapa demutizării realizate – când gândirea şi limbajul au aceleaşi posibilităţi la auzitor.

În procesul educaţional al copiilor cu deficienţe de auz se utilizează anumite forme de comunicare:

1. Comunicarea verbală – orală, scrisă (are la bază un vocabular dirijat de reguli gramaticale şi se bazează şi pe labiolectură – suport important de înţelegere).

2. Comunicarea mimico-gestuală (este cea mai la îndemână formă de comunicare, de multe ori, folosită într-o manieră stereotipă şi de auzitor).

3. Comunicarea cu ajutorul dactilemelor (are la bază un sistem de semne manuale care înlocuiesc literele din limbajul verbal şi respectă anumite „reguli gramaticale” în ceea ce priveşte topica formulării limbajului).

4. Comunicarea bilingvă (comunicare verbală + comunicare mimico-gestuală, comunicare verbală + comunicare cu dactileme).

5. Comunicare totală (presupune folosirea tuturor tipurilor de comunicare, în ideea de a se completa reciproc şi de a ajuta la corecta înțelegere a mesajului).

Observații:

- Educatorii sunt cei mai în măsură să decidă forma de comunicare adoptată în relațiile cu deficienții de auz, în funcție de: nivelul deficienței, nivelul inteligenței copilului, de particularitățile personalității deficientului**.**
- Nu se poate spune care dintre aceste forme de comunicare este superioară, eficiența lor se vede doar în practică, important fiind ca deficientul să ştie să comunice şi să înțeleagă mesajul.
- Legislația din țara noastră permite persoanelor cu handicap care au absolvit cursurile liceale cu diplomă de bacalaureat să se poată înscrie la cursurile învățământului superior cu respectarea normelor şi a metodologiilor elaborate de fiecare institut de învățământ superior şi cu asigurarea condițiilor necesare exprimării cunoştințelor şi competențelor din partea persoanei deficiente.
- În țara noastră, persoanele cu handicap de auz au posibilitatea să se pregătească în meserii ca: desenator tehnic, tehnician dentar, croitor, instalator, matrițer, frezor, tâmplar etc.
- Copiii se nasc cu o minte deschisă, fără prejudecăți, acceptând în totalitate lumea înconjurătoare. Copilul hipoacuzic nu se consideră a fi „handicapat" decât dacă este făcut să creadă asta.
- Oamenii sunt incredibili atunci când este vorba de a-şi compensa o deficiență fizică sau psihică. De fapt, fiecare este obişnuit să aibă o deficiență, mai mică sau mai mare cu care se confruntă zi de zi – vedere proastă, constituție slabă, irascibilitate.
- Părinții sunt în general primii care suspectează o pierdere de auz în cazul copilului lor. O intervenție imediată din partea lor are un impact favorabil asupra copilului.

Primii paşi în lucrul părintelui cu copilul hipoacuzic

Părintele trebuie :

- să continue să se joace, să cânte şi să vorbească copilului său. Este valabil în cazul tuturor copiilor faptul că un contact pozitiv cu adulții

este esențial pentru dezvoltarea emoțională normală. Este posibil ca în cazul unui copil hipoacuzic nevoia de apropiere şi de comunicare să fie chiar mai mare;

- să se uite la copil atunci când i se adresează. Buzele, mimica şi mişcările corpului aduc informații suplimentare;
- să vorbească cu voce clară şi puternică, nu strigată. Ridicând foarte mult vocea, poate face ca sunetele să fie distorsionate şi astfel înțelegerea este mult mai dificilă;
- să se asigure că este suficient de multă lumină pentru ca fața lui să fie vizibilă în momentul vorbirii;
- să se asigure că audiologul sau medicul care se ocupă de copil este specializat în munca cu copiii;
- să îl protezeze cât mai curând posibil pentru a se asigura că beneficiază la maximum de posibilitățile auditive. Cu cât copilul beneficiază mai devreme de amplificare cu atât şansele unei dezvoltări a limbajului cresc;
- să găsească un specialist care să se ocupe de problemă.

Comunicarea realizată cu copilul deficient de auz de către părinții lui trebuie să aibă anumite trăsături :

Felul în care aude copilul depinde de specificitatea hipoacuziei lui. Aşadar, specialistul care se ocupă de copil trebuie să descrie pierderea auditivă astfel încât să se poată comunica cu el cât mai eficace posibil.

În majoritatea cazurilor este recomandat să se folosească o voce clară, articulată pentru a exprima anumite sunete care ajută la îmbunătățirea inteligibilității vorbirii. Acest lucru minimalizează nevoia de repetare a cuvintelor şi îmbunătățeşte comunicarea cu copilul.

Orele de logopedie (domeniu specializat în dezvoltarea vorbirii şi a limbajului) vor îmbunătăți recepția (auzul) şi exprimarea (vorbitul) cuvintelor şi expresiilor. Un specialist în acest domeniu va crea un mediu propice pentru copil să învețe să recunoască şi să producă anumite sunete, cuvinte şi propoziții.

În cazul în care copilul are o pierdere severă sau profundă de auz, este indicat să se înceapă un program de reabilitare a vorbirii (logopedie) care va fi susținut şi cu alte tehnici cum ar fi: labiolectura (citirea după buze), gestica, limbajul semnelor.

Echipa de susținere este foarte importantă în lucrul cu copilul hipoacuzic

Cel mai important membru al echipei este părintele, care trebuie să-i asigure copilului cu deficiență de auz suportul şi atenția necesare. Pentru a realiza acest lucru este nevoie de foarte multă energie, dedicare şi hotărâre, mai ales că acest efort poate fi frustrant. Pe lângă rolul deosebit pe care îl are suportul părinților, este nevoie şi de sprijinul celor din echipă: medic, logoped, profesor etc.

Suportul medical şi audiologic

Specialistul care se ocupă de auzul copilului este responsabil ca acesta să beneficieze de ultima tehnologie în domeniu şi de toate metodele de intervenție disponibile. Trebuie să-i asigure în mod frecvent evaluarea modului de funcționare a aparatelor şi a eventualelor reglaje necesare. De asemenea, trebuie să explice modul în care funcționează aparatele, punând la dispoziție informațiile necesare despre pierderea de auz a copilului respectiv. Audiologul şi logopedul posedă foarte multe tehnici pentru a pregăti şi a asista copilul astfel încât acesta să-şi dezvolte bine vorbirea şi limbajul. Logopedia se poate realiza atât în cadrul şcolii, cât şi în particular. Specialiştii în acest domeniu trebuie să instruiască şi părintele pentru a putea continua această pregătire şi acasă.

Suportul şcolii

Hotărârea pentru şcoala pe care o va urma copilul va fi luată în urma unei analize complexe a modului în care acesta şi-a dezvoltat vorbirea şi limbajul. Suportul profesorilor, atât dintr-o şcoală normală, cât şi dintr-o şcoală specială pentru copii cu dificultăți de auz, este deosebit de important. Dacă alegerea este pentru o şcoală normală, este bine să fie informați despre necesitățile speciale ale copilului cei în măsură să ia decizii organizatorice şi administrative, deoarece poate fi nevoie de modificări ale clasei de curs, de un tratament special.

Şcoala şi rolul ei în recuperarea deficienței de auz

Profesorii copilului deficient au un rol critic în găsirea drumului acestuia în viață. Copiii cu hipoacuzii severe de obicei urmează şcoli speciale. Atunci când este posibil, părinții preferă o şcoală normală mai degrabă decât o şcoală specială pentru copii hipoacuzici. În cazul în care copilul învață la o şcoală normală este necesar ca profesorul să fie

specializat pentru nevoile unui copil hipoacuzic. O dată ce aceste condiții sunt îndeplinite, majoritatea copiilor se vor dezvolta normal. Profesorii trebuie să înțeleagă importanța mediului sonor pentru copilul deficient auditiv. Pe lângă efectul pe care îl are auzul în educație, bunăstarea socială şi psihologică în şcoală depind de mediul sonor. De aceea, este foarte important ca şi el să ia parte la toate activitățile şcolare.

Pregătirea unui copil cu hipoacuzie este o adevărată provocare. Este un proces complex care implică încercări grele şi posibile erori la început până ce cea mai bună strategie este stabilită. Strategia finală – o combinație a tipurilor de amplificare, a metodelor de comunicare şi a metodelor de învățat şi de antrenament – va fi cea care îi va oferi copilului cu deficiență cel mai bun sunet şi cele mai bune oportunități de comunicare şi învățare. Pe scurt, scopul este îmbunătățirea calității vieții, iar cu resursele şi tehnologia disponibile în zilele noastre ne putem aştepta la rezultate foarte bune.

Amplificarea sunetelor este cheia către comunicarea copilului cu lumea înconjurătoare. Pentru a oferi stimularea auditivă de care are nevoie copilul este indicat ca **protezarea auditivă** să se realizeze imediat după punerea unui diagnostic. Bineînțeles că un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz să dispară ci va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil. Există două forme de amplificare: proteza auditivă şi implantul cohlear.

Proteza auditivă

Folosirea unei proteze auditive îi permite copilului hipoacuzic să-şi folosească auzul pe care îl posedă, optimizând perceperea sunetelor. Protezele auditive realizează amplificarea şi procesarea semnalelor sonore astfel încât să ofere o prezentare a sunetelor aşa cum se regăsesc ele în natură.

Implantul cohlear

Implantul cohlear este un dispozitiv miniatural care permite copiilor cu hipoacuzii profunde să recepționeze sunete. Dispozitivul are ca principală componentă o serie de electrozi, care implantați în cohlee (ureche internă) vor genera impulsuri electrice stimulatoare pentru nervul auditiv care va transmite această informație centrului auditiv din creier. Implantul cohlear se recomandă în cazul copiilor cu hipoacuzie profundă bilaterală (la ambele urechi) care ar primi prea puține beneficii de la un aparat auditiv.

Implantul cohlear se realizează foarte rar la copiii mai mici de 18 luni. De altfel, candidații pentru implant sunt selectionați foarte riguros.

Reglarea aparatelor în cazul copiilor – mai ales copiii foarte mici – este o adevărată provocare pentru audioprotezist. Dezvoltarea fizică, maturizarea psihică şi gradul de dezvoltare al limbajului implică posedarea unui grad mare de flexibilitate în ceea ce priveşte procedurile şi echipamentul.

Se poate crede că alegerea unui aparat este ireversibilă şi de aceea trebuie făcută cu foarte multă grijă, dar, contrar părerilor preconcepute, reglarea unui aparat este un proces foarte flexibil şi adaptabil. Datorită evoluției tehnologiei, la ora actuală există o mare varietate de aparate disponibile, ceea ce poate face ca alegerea să pară foarte dificilă. Alegerea aparatului se face strict în funcție de caracteristica unică a hipoacuziei fiecărui copil în parte. Audioprotezistul va informa asupra elementelor pro şi contra ale unui aparat auditiv propus sau ales.

Dacă hipoacuzia este bilaterală, protezarea trebuie să se facă la ambele urechi. Protezarea ambelor urechi, numită protezare bilaterală, oferă o îmbunătățire a inteligibilității vorbirii în zgomot. În plus, neprotezarea uneia dintre urechi face ca fibrele nervoase care corespund acelei urechi să devină nefuncționale. Protezarea unei urechi, după o perioadă lungă de timp în care aceasta nu a fost stimulată, poate să aducă beneficii reduse auzului per total.

Odată realizată protezarea, succesul depinde în foarte mare măsură şi de motivarea şi perseverența părinților. Copilul trebuie să înțeleagă că aparatul auditiv trebuie purtat cât mai mult posibil pentru a asigura o interacțiune optimă cu mediul sonor. Atitudinea pozitivă şi încurajatoare a celor din jurul copilului poate fi un bun exemplu.

Cum funcționează un aparat auditiv? Audioprotezistul trebuie să instruiască şi să explice părinților şi copilului felul în care se manipulează şi se întreține un aparat auditiv. Explicațiile inițiale sunt mult mai importante decât ilustrațiile. Aparatul auditiv, în mare, este un amplificator de dimensiuni mici care este introdus într-o carcasă de plastic aşezată în spatele urechii, sau într-o carcasă realizată după mulajul urechii pentru aparatele în ureche. Microfonul protezei va recepționa semnalul sonor, îl va converti într-un semnal electric şi-l va trimite mai departe amplificatorului. Acesta este responsabil de amplificarea sonoră. În cazul *protezelor liniare* toate sunetele sunt amplificate în mod egal. În

cazul *aparatelor neliniare,* cea mai mare amplificare este primită de sunetele foarte slabe, care în mod normal nu sunt auzite de către copilul hipoacuzic, în timp ce sunetele puternice sunt amplificate foarte puțin sau chiar deloc. Astfel, dacă protezarea este reglată corespunzător, sunetele slabe vor fi audibile, iar cele puternice vor fi confortabile.

Odată amplificat, sunetul este convertit din semnal electric în semnal acustic de către difuzor şi trimis în conductul auditiv. Unele aparate pot avea şi un potențiometru de volum, care poate fi manevrat de către copiii mai mari sau de către adulți. Potențiometrul poate fi sub forma unei pârghii, unei rotițe sau poate fi controlat cu ajutorul unei telecomenzi. Majoritatea aparatelor auditive moderne nu mai au potențiometru, volumul adaptându-se automat mediului sonor.

Protezele auditive pot fi programabile, ceea ce înseamnă că ele pot fi reglate pentru fiecare individ în parte. Aceste reglaje, de obicei, se fac o dată sau de două ori pe an în timpul copilăriei, sau atunci când copilul sau părintele consideră că rezultatele nu sunt cele aşteptate.

Aparatele copilului trebuie zilnic verificate. Bateriile, care oferă curentul necesar funcționării aparatului auditiv, trebuie verificate şi schimbate la intervale regulate. Bateriile pot ține de la câteva zile până la câteva săptămâni. Trebuie să ne asigurăm că ele nu sunt consumate, mai ales în cazul în care copilul este prea mic să spună că nu mai aude. Aparatul auditiv trebuie curățat zilnic pentru a se evita stricarea acestuia din cauza cerumenuilui. Proteza este un aparat electronic şi, deci, se va strica dacă intră în contact cu apa (se va evita purtarea ei de către copil în timpul băii).

Aparatele diferă între ele în funcție de mai multe caracteristici: mărime, circuit, culoare etc.

Există mai multe *mărimi* de aparate auditive care pot fi: retroauriculare (în spatele urechii), ale căror componente sunt montate într-o carcasă de plastic aşezată în spatele pavilionului sau intraauriculare (în ureche) ale căror componente sunt montate într-o carcasă realizată după mulajul urechii poziționată în interiorul conductului auditiv.

Copilul hipoacuzic poate beneficia de orice formă de aparat, dar în cazul celor intraauriculare pot exista mici probleme. În primul rând, canalul auditiv poate fi prea mic şi să nu permită folosirea unui aparat auditiv. În al doilea rând, copilul este în creştere, iar modificările de mărime ale canalului auditiv pot face ca aparatul să nu mai stea bine în

ureche. Aparatele retroauriculare rezolvă această problemă deoarece ele sunt montate pe ureche cu ajutorul unei piese anatomice (oliva), realizată în urma unui mulaj şi schimbată ori de câte ori este nevoie. De altfel, copiii sunt predispuşi la infecţii ale urechii, iar secreţiile pot pătrunde în aparat, în cazul în care acesta este intraauricular, defectându-l. Aparatele retroauriculare, fiind plasate departe de conduct, sunt protejate mai bine. Deci, este recomandabil ca până la 12 ani copiii să fie protezaţi cu aparate retroauriculare.

Există două tipuri de *circuite* utilizate în construirea aparatelor auditive: circuitul analogic, disponibil de foarte mulţi ani, şi circuitul digital, apărut de curând, similar ca performanţe cu circuitul care produce sunetul clar al CD-urilor care a revoluţionat industria protezelor auditive, prin îmbunătăţirea simţitoare a calităţii sunetului şi oferirea de reglaje flexibile. Microprocesorul cu ajutorul căruia funcţionează *protezele digitale* este un minicomputer foarte complex. Folosind un semnal digital, procesele complexe pot fi realizate în foarte scurt timp, iar sunetele pot fi manipulate în foarte multe feluri, oferind o calitate deosebită a sunetelor. În plus, un aparat digital face ca inteligibilitatea vorbirii în zgomot să fie mult îmbunătăţită datorită posibilităţii de reducere a zgomotului. În cazul protezelor digitale, reglajul este foarte ajustabil, ceea ce creează un confort crescut utilizatorului.

Multe proteze auditive sunt disponibile în *culori* variate şi amuzante, deoarece, spre deosebire de adulţi care doresc ca aparatul să aibă culoarea pielii sau a părului, majoritatea copiilor doresc culori strălucitoare, vor aparate drăguţe sau interesante. Pentru majoritatea copiilor, culorile clasice bej sau maron sunt plicticoase.

REZUMAT

Handicapul de auz aparţine unei categorii mai ample de handicapuri – cele *senzoriale* (din care face parte şi deficienţa de vedere) şi *reprezintă diminuarea sau pierderea totală sau parţială a auzului*. Atunci când handicapul de auz există de la naştere sau când apare de timpuriu (mica copilărie), dificultăţile în însuşirea limbajului de către copil sunt majore – vorbim despre fenomenul *muţeniei* care însoţeşte pierderea totală a auzului. În cazul în care degradarea auzului se produce după achiziţia structurilor verbale şi nu se intervine în sens recuperator, se

instalează un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice. Putem spune că, în timp ce pierderea auzului înaintea vârstei de 2-3 ani are drept consecință *mutitatea (copilul devenind surdomut*), dispariția simțului auditiv la câțiva ani după însuşirea limbajului de către copil determină dificultăți în menținerea nivelului atins, chiar regresii în plan verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensității vocii sau al exprimării gramaticale). După *gradul (gravitatea) deficitului de auz* identificăm: **hipoacuzia** (diminuarea /degradarea auzului între 0-90 dB) şi **surditatea sau cofoza** (pierderea totală a auzului – peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la rândul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie uşoară (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (între 30-60 dB) şi hipoacuzie severă sau profundă (între 60-90 dB). Termenul „pierdere de auz" sau „**hipoacuzie**" nu implică surditate totală (cofoza). O persoană surdă (cofotică) este incapabilă de a procesa sau auzi sunete cu sau fără un aparat auditiv, în timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

Există *cauze* ale deficienței de auz ereditare şi cauze ale deficienței de auz dobândite. În prima categorie (a cauzelor deficienței de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la părinți la copii, în timp ce în a doua categorie (cauze ale deficienței de auz dobândite) găsim trei tipuri de cauze: a) *cauze prenatale* – care intervin pe perioada sarcinii şi constau în maladii infecțioase ale gravidei, tulburări ale metabolismului, afecțiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substanțe toxice (de ex. alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mamă-făt), traumatisme fizice etc.; b) *cauze perinatale (neonatale*) – constând în leziuni anatomo-fiziologice în timpul naşterii, hemoragii, anoxie sau asfixie albastră etc.; c) *cauze postnatale* – de natură toxică sau traumatică (infecții – otită, rujeolă, stări distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri îndelungate la stimuli auditivi foarte puternici – ex. muzică ascultată tare la căşti etc.). Cele mai frecvente *cauze ale hipoacuziilor de transmisie* se regăsesc în perioada copilăriei: dopul de cerumen, infecțiile urechii medii (otită medie), în timp ce cauzele hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt: congenita, trauma acustică, infecții de diferite tipuri (pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsivă).

În **diagnosticarea handicapului de auz** se foloseşte o tehnică având un grad ridicat de precizie: *audiometria*, care poate fi folosită după vârsta de 3 ani. Ea constă în măsurarea acuității auditive separat pentru

fiecare ureche în parte şi întocmirea audiogramei (grafic reprezentând comparativ acuitatea auditivă a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficienței de auz şi se va urmări compensarea acolo unde este cazul. În jurul vârstei de 3 ani se pot utiliza unele *teste de auz,* cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner şi testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferențieze surditățile de percepție de cele de transmisie şi ajută, totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă, folosind ca instrument de lucru diapazonul.

Deficiența de auz afectează într-o măsură mai mare sau mai mică (în funcție de gradul pierderii auzului) toate palierele vieții psihice a individului, atât din punct de vedere cantitativ cât şi calitativ. Se ştie că prin ea însăşi disfuncția auditivă nu are efect determinant asupra dezvoltării psihice, totuşi ea duce la instalarea *mutității* care stopează dezvoltarea limbajului şi restrânge activitatea psihică de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina şi o întârziere intelectuală, cauzată de modificarea raportului dintre gândire şi limbaj. Odată cu asigurarea condițiilor de **demutizare pentru surdomut şi de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzici** se pun bazele formării gândirii noțional-verbale şi se facilitează dobândirea de experiențe, de cunoştințe, de cultură, imprimând caracter informativ şi formativ activității cu handicapații de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, şcolii şi cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale şi crearea posibilităților de învățare a limbajului. O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învățare se va baza pe mimico-gesticulație, labiolectură şi, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici şi la surdomuții în curs de demutizare, forma principală de învățare trebuie să alterneze, în funcție de structura clasei de elevi, învățarea intelectuală şi învățarea efectivă. Obiectivele generale ale **intervenției recuperatorii în deficiența de auz totală** sunt:

– realizarea demutizării;

– conservarea şi dezvoltarea limbajului verbal la deficienții care au dobândit surditatea după ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune *trecerea de la limbajul mimicogesticular la cel verbal*. Limbajul mimico-gesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifică cuvinte, litere şi stări de spirit. Spre deosebire

de copilul surd, a cărui recuperare se bazează, aşadar, pe demutizare, amplificarea sunetelor este cheia către comunicarea copilului cu hipoacuzie cu lumea înconjurătoare. Pentru a oferi stimularea auditivă de care are nevoie, este indicat ca **protezarea auditivă** să se realizeze imediat după punerea unui diagnostic timpuriu. Bineînțeles, că un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz a hipoacuzicului să dispară, ci doar va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil.

CONCEPTE-CHEIE

- *Deficiență de auz* = deficiență senzorială, la fel ca şi cea de vedere, reprezentând diminuarea sau pierderea totală sau parțială a auzului, din diferite cauze.
- *Surditatea (cofoza)* = handicap de auz total constând în pierderea totală a auzului – peste 90 dB. Acest handicap poate afecta una sau ambele urechi ale unei persoane (deficiențe de auz *unilaterale* – localizate doar la nivelul uneia dintre urechi, cealaltă fiind sănătoasă şi de cele mai multe ori funcționând compensator şi deficiențe de auz *bilaterale* – care afectează ambele urechi). Există, în funcție de localizarea leziunilor anatomo-fiziologice ale analizatorului vizual, *surditate* eredi-tară şi surditate dobândită.
- *Hipoacuzia* **=** handicap de auz parțial care presupune diminuarea /degradarea auzului între 0-90 dB. Acest handicap afectează aproximativ 1% din populație (persoanele cu o astfel de deficiență fiind denumite în popor „tari de ureche"), constituind astfel un serios handicap în viața de zi cu zi a individului, atât în planul şcolarizării, al exercitării profesiei, cât şi al relaționării cu ceilalți oameni. Termenul „pierdere de auz" sau „hipoacuzie" nu implică surditate totală (cofoza), o persoană surdă (cofotică) fiind incapabilă de a procesa sau auzi sunete cu sau fără un aparat auditiv, în timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.
- *Muțenie (mutitate)* = stare defectuoasă, caracterizată prin imposibilitatea vorbirii. Este cauzată de leziuni în zona corticală a limbajului, asociate cu leziuni ale aparatului auditiv. Se deosebeşte de *mutismul electiv* când vorbirea este nerealizată intenționat, fiind vorba de un refuz verbal al subiectului, deşi facultățile verbale ale acestuia sunt intacte.

- *Audiometria* = o tehnică cu grad ridicat de precizie în diagnosticarea handicapului de auz care poate fi folosită după vârsta de 3 ani, constând în măsurarea acuităţii auditive separat pentru fiecare ureche în parte şi întocmirea audiogramei (grafic reprezentând comparativ acuitatea auditivă a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficienţei de auz şi se va urmări compensarea acolo unde este cazul.
- *Demutizare* = proces de intervenţie recuperatorie în cazul persoanelor cu surditate, constând în trecerea de la folosirea limbajului mimico-gesticular la însuşirea limbajului verbal sonor (oral). Limbajul mimico-gesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifică cuvinte, litere şi stări de spirit. Limbajul surdului ajunge astfel să capete un caracter *bilingv,* odată cu parcurgerea procesului demutizării. Când se atinge stadiul de trecere de la limbajul mimico-gestual la cel verbal, la surdomutul în curs de demutizare se creează condiţii pe plan mintal, pentru trecerea de la gândirea în imagini la gândirea noţional-conceptuală. Fazele demutizării sunt: obişnuirea copilului de a vorbi prin obiecte, cu indicarea lor însuşirea noţiunilor concrete, însuşirea celorlalte noţiuni.
- *Protezare (auditivă*) = proces recuperator folosit pentru persoanele cu handicap de auz parţial (hipoacuzici), presupunând utilizarea unor aparate (proteze auditive sau, mai nou implanturi cohleare) care au drept scop amplificarea intensităţii sunetelor dificil de perceput de analizatorul auditiv al hipoacuzicului. Protezele pot fi de mai multe feluri: cu amplificare lineară – folosite pentru toate frecvenţele şi proteze cu amplificare selectivă – care selectează frecvenţelor utile de cele inutile.
- *Labiolectură* = tehnică utilizată în procesul demutizării, constând în citirea cuvintelor, a frazelor de pe buzele interlocutorului.

EXTENSII TEORETICE

Importanţa limbajului mimico-gestual pentru comunicarea dintre surzi

Limbajul mimico-gestual trebuie tratat în legătură cu funcţia semiotică, cu geneza simbolului la copil, cu evoluţia limbajului intern sau cu problema psihologică a semnificaţiei în general. Funcţia semiotică e ea însăşi o structură şi are o geneză proprie. Se consideră că funcţia semiotică e alcătuită din cinci conduite semiotice ce apar oarecum

spontan, la copilul normal în al doilea an de viață: imitația amânată, jocul simbolic, imaginea grafică, imaginea mintală şi evocarea verbală. La copilul handicapat de auz se constituie o a şasea conduită semiotică – *limbajul mimico-gestual* – care tinde să compenseze conduita de evocare verbală.

Trebuie subliniat că în cazul *părinților surdovorbitori*, cu demutizare avansată, mai ales a celor cu studii medii sau superioare, modalitatea de comunicare mimico-gestuală este extrem de redusă, ei comunicând cu copilul lor mai ales prin labiolectură. Dezvoltarea limbajului verbal al copiilor auzitori din cadrul familiilor de surdo-vorbitori urmează evoluția normală a copiilor din familiile de auzitori. Copilul surd dezvoltă limbajul gestual în acelaşi mod şi în aceeaşi perioadă de timp în care copilul auzitor îşi dezvoltă limbajul verbal. Desigur, condiția acestei dezvoltări este ca fiecare formă de limbaj să fie stimulată cu un stimulent adecvat.

S-a constatat că acei copii surzi proveniți din părinți surzi, vin la şcoală cu un bagaj mai bogat de cunoştințe decât cel al copiilor surzi din familiile de auzitori care n-au folosit limbajul gestual în comunicarea cu ei. Acest limbaj, folosit efectiv în comunicare, le-a permis copiilor surzi să cunoască mediul înconjurător şi în acelaşi timp să exprime dorințe, gânduri, opinii. Mai târziu, achizițiile mimico-gestuale contribuie la fertilizarea învățării limbajului oral. Fiind familiarizați cu deficiența lor, aceşti surzi îl acceptă de timpuriu şi au mai puține probleme de adaptare psihologică şi socială.

Este ştiut faptul că limbajul verbal se dezvoltă cu multă dificultate la elevii surzi pentru a deveni un instrument eficient de comunicare şi de cunoaştere. Pentru a se realiza acest deziderat e absolut necesar ca elevii surzi să-şi formeze reprezentări interne consistente şi bine consolidate cu care să opereze pe plan interior. Ori, acest nivel al reprezentărilor interne nu se poate realiza, de obicei, la majoritatea elevilor surzi din cauza mai multor factori: motivația scăzută pentru vorbirea orală, utilizarea tot mai rară a vorbirii articulate după ce elevii surzi intră în viața productivă şi folosirea preponderentă a limbajului mimico-gestual pentru satisfacerea necesităților de comunicare în cadrul vieții sociale.

S-a observat o insuficiență a limbajului gestual în comparație cu cel verbal. Limbajul verbal are un grad înalt de convenționalitate față de

conținutul realității pe care o denumește; gestul însă este strâns legat de concret. Comunicarea prin gesturi este față în față, percepându-se vizual gestul şi toate mişcările mimice şi expresive. Gesticulația are o mai mare libertate de expresie, este mai puțin limitată de organizarea gramaticală puternic structurată. Acelaşi volum de informație poate fi transportat în aproximativ acelaşi volum de timp convențional, cu ambele forme de limbaj. Totuşi, execuția gesturilor necesită mai mult timp în medie decât în cazul emiterii verbale a cuvintelor. În precizarea naturii raportului dintre gesturi şi cuvinte un rol mare îl joacă *contextul* în care se petrec evenimentele. În ansamblu, limbajul gestual dă impresia unei limbi abreviate mai extinsă sub unele aspecte (bogăție de idei comunicate printr-un gest de ex.) şi mai redusă în altele, în raport cu limba sonoră, el constituind baza de pornire pentru recuperarea deficientului de auz.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. În ce constă diferența dintre hipoacuzie şi cofoză?
2. Enumerați cauzele deficienței de auz.
3. Când şi cum se realizează demutizarea?
4. Ce este labiolectura şi în ce situații se apelează la ea?

BIBLIOGRAFIE

1. CARAMAN, MĂESCU L., *Metodologia procesului demutizării,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
2. DAMASCHIN D., *Mijloace tehnice moderne de compensare a deficiențelor senzoriale,* Analele Universității Bucureşti, 1965.
3. DRĂGUȚOIU I., *Limbajul mimico-gestual,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1992.
4. GELDER M., GATH D., MAYOU R, *Tratat de psihiatrie – Oxford,* Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994, ed. a II-a.
5. GORGOS C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1988.
6. IONESCU G., *Psilhologie clinică,* Ed. Academiei, Bucureşti, 1985.
7. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
8. NEVEANU POPESCU P., *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.

9. PĂUNESCU C., *Comunicarea prin limbaj la copiii cu audiomutitate,* în *Cercetări asupra comunicării*, Bucureşti, 1973.
10. PUFAN, *Probleme de surdopsihologie*, vol. I şi II,, 1972, 1982.
11. SIMA I., *Psihopedagogie specială – studii şi cercetări*, vol. I, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
12. STĂNICĂ C., POPA, *Elemente de psihopedagogie a deficienților de auz*, 1994.
13. STĂNICĂ I., *Îndrumări metodice privind predarea citit-scrisului în şcolile de surzi*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
14. STĂNICĂ I., *Labiolectura*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1965.,
15. STĂNICĂ I.,UNGAR E.,BENESCU C., *Probleme metodice de tehnica vorbirii şi labiolectură,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
16. STRĂCHINARU I., *Psihopedagogie specială,* vol. I, Ed. Trinitas, Iaşi, 1994.
17. ŞCHIOPU U., *Dicționar de psihologie*, Ed. Babel, Bucureşti, 1997.
18. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților*, Ed. Universității Bucureşti, 1990.
19. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
20. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8, Ed. Universității Bucureşti, 1988.
21. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universității Bucureşti, 1987.
22. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale*, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
23. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

4. **DEFICIENȚELE FIZICE ŞI PSIHOMOTORII**

4.1. **Definiția deficiențelor fizice şi psihomotorii**

Deficiențele fizice *sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma şi funcțiile fizice ale organismului, care tulbură creşterea normală şi dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile şi puterea de adaptare la efortul fizic şi diminuează capacitatea de muncă productivă a individului.*

Deficiențele fizice se caracterizează prin modificări morfologice mai mult sau mai puțin accentuate, produse în forma şi structura corpului şi manifestate printr-o încetinire în creştere sau printr-o creştere excesivă, printr-o tulburare a dezvoltării sau o dezvoltare disproporționată, prin deviații, deformații sau alte defecte de structură, urmate sau precedate de tulburări funcționale.

Deficiențele fizice se constituie, deci, ca invalidități corporale care slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă de handicap cuprinde atât **infirmii motorii sau locomotori** (de motricitate), cât şi pe cei care suferă de unele **boli permanente – cronice** (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică a individului. În această categorie pot fi încadrate şi persoanele cu **afecțiuni senzoriale** (surzii şi orbii), ținând cont de particularitățile lor specifice deosebite.

Deficiențele fizice sunt abateri de la normalitate prin dereglări morfo-funcționale care duc la instalarea unor dezechilibre şi evoluții nearmonioase. Trebuie subliniat că, în lipsa altor anomalii, deficienții fizic sunt normali din punct de vedere al capacităților intelectuale, dar prin situația lor de excepție şi într-un mediu nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunțate note de frustrare şi de anxietate, cu

conflicte şi tensiuni interioare, cu dificultăți de relaționare cu cei din jur şi de integrare în viața social-profesională.

Aceste deficiențe fizice sunt considerate – în majoritatea țărilor, printre care şi Marea Britanie – o formă de deficiență în dezvoltare (din punct de vedere calitativ) alături de deficiența mintală şi de deficiențele de adaptare.

„*Psihomotricitatea* este o funcție complexă care integrează şi subsumează manifestările motrice şi psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese şi funcții psihice care asigură atât recepția informațiilor, cât şi execuția adecvată a actului de răspuns" (E. Verza, *Psihopedagogia specială*, 1994).

Realizarea oricărui act motor adecvat presupune nu doar execuție şi recepție, ci şi prelucrare de informații, sub controlul şi dominarea psihicului, implicând, aşadar, participarea funcției complexe numite **psihomotricitate**. Aceasta are o mare însemnătate în reglarea voluntară a acțiunilor şi are drept **elemente componente:** schema corporală, lateralitatea, conduitele motrice de bază, organizarea, orientarea şi structura spațio-temporală, percepția şi reprezentarea mişcării.

1. **Schema corporală**, element bazal indispensabil formării personalității copilului, *constă în reprezentarea mai mult sau mai puțin globală, mai mult sau mai puțin ştiințifică şi diferențiată pe care o are copilul despre propriul său corp, considerând că ea nu este un dat inițial, nici o entitate biologică sau fizică, ci rezultatul unor raporturi adecvate ale individului cu mediul.* Schema corporală este un model simplificat, nu atât al formei, cât mai ales al funcțiilor şi raporturilor diferitelor părți ale corpului, constituind un reper stabil pentru evoluția posturii şi a mobilității.

Cunoaşterea schemei corporale de către copil presupune, în sens larg:

a) cunoaşterea de către copil a schemei corporale proprii (să cunoască denumirea diferitelor părți ale corpului său şi să ştie să le arate);

b) cunoaşterea schemei corporale a altei persoane;

c) situarea corectă a unor obiecte în spațiu în raport cu propriul corp sau cu alte obiecte;

d) orientarea în spațiu (în raport cu propriul corp).

Imaginea corpului (reprezentarea corpului) înglobează schema corporală şi vizează cunoaşterea funcțiilor corpului, a componentelor

corpului şi eficacitatea acestor funcții corporale în satisfacerea unor dorințe. De asemenea, ea cuprinde şi reprezentarea limitelor corpului şi a funcțiilor specifice şi vizează aspectul temporal al sinelui corporal. În cadrul procesului de dobândire a **permanenței de sine în spațiu**, copilul îşi construieşte schema corporală, respectiv imaginea pe care o are despre corpul său, imagine percepută în stare statică sau dinamică sau în raporturile părților corpului între ele şi, mai ales, în raporturile acestuia cu spațiul şi cu mediul înconjurător.

2. **Lateralitatea** se referă la cunoaşterea celor două părți ale corpului (stângă şi dreaptă) şi exprimă inegalitatea funcțională a părții drepte sau stângi a corpului ca o consecință a diferenței în dezvoltare şi a repartiției funcțiilor în emisferele cerebrale. Dominația funcțională a unei părți a corpului asupra celeilalte determină lateralitatea (dreptacii sau stângacii). Această dominare laterală trebuie însă percepută ca fiind o dominare funcțională relativă, neputându-se vorbi nici de dreptaci 100%, nici de stângaci 100%.

Lateralitatea se clasifică în funcție de:

a) natura sa:

- *lateralitate normală* – vorbim despre **stângacii normali**, la care principalele comenzi cerebrale „provin" de la emisfera dreaptă;
- *lateralitate patologică* – vorbim despre **stângacii patologici**, caz în care emisfera stângă este lezată şi cea dreaptă preia conducerea (aceeaşi situație se poate întâlni şi în cazul dreptacilor).

b) intensitate:

- *lateralitate puternică*, forte, pură – când la unul dintre organele omoloage (ex.: mână sau picior) se manifestă o intensă asimetrie funcțională;
- *slab conturată* – identificată cu ambidextria.

c) omogenitate:

- *lateralitate omogenă* – (pe aceeaşi parte a corpului) copilul fiind stângaci sau dreptaci de ochi, mână şi picior;
- *lateralitate încrucişată* (neomogenă) – când la acelaşi subiect predominanța este diferită pentru diverse membre (ex.: dreptaci la mână şi ochi, dar stângaci de picior);
- *lateralitate contrariată* – când se schimbă lateralitatea prin educație.

d) modul de participare a membrelor superioare şi inferioare:

- *bilaterală,* atunci când picioarele şi mâinile se mişcă simultan şi există o coordonare;
- *omolaterală,* atunci când doar piciorul şi mâna de aceeaşi parte a corpului se mişcă simultan;
- *încrucişată,* atunci când mâna şi piciorul părții opuse se mişcă simultan (ex.: mâna dreaptă şi piciorul stâng);
- *multilaterală,* atunci când mâinile şi picioarele se mişcă simultan.

Nu trebuie confundată lateralitatea – dominanța unei părți a corpului sub raportul forței şi al preciziei cu cunoaşterea stânga-dreapta. Cunoaşterea stânga-dreapta decurge din dominația laterală şi reprezintă generalizarea percepției axei corporale şi se învață cu atât mai uşor, cu cât lateralitatea este mai afirmată şi mai omogenă. Dacă foloseşte în toate situațiile o mână, copilul va reține că aceea este stânga sau dreapta. Lateralitatea încrucişată provoacă dificultăți în recunoaşterea stânga-dreapta. Când dominanța nu este fixată, copilul va ezita în folosirea membrelor şi nu va putea stabili care este membrul său drept sau stâng. Contrarierea lateralității (când este omogenă pentru stânga) are consecințe în plan neurologic şi psihologic: enurezis, sincinezii, instabilitate psihomotorie, negativism, anxietate etc.

3. **Conduitele motrice de bază** (altă componentă a psihomotricității) sunt mai mult sau mai puțin instinctive, deci mai mult sau mai puțin controlate cortical. Ele curpind:

a) coordonarea oculomotorie, care în realitate este mult mai complexă, mai corect fiind termenul de coordonare senzorio-motorie. Coordonarea oculomotorie se dezvoltă şi se perfecționează treptat, permițând controlul şi ameliorarea gesturilor individului. Se delimitează astfel un nou univers reprezentat de spațiul vizual. De asemenea, capacitatea de a localiza o sursă se suprapune peste impresia vizuală. În mod progresiv aşadar se va realiza structurarea mediului înconjurător. Dezvoltarea motricității şi a coordonării oculomotorii are o importanță majoră în învățarea scrisului. Astfel, desenul evoluează de la cerc la dreptunghi, pătrat, la triunghi şi romb, posibilitatea desenării corecte a tuturor acestor elemente fiind un semn de întărire a legăturii între câmpurile senzoriale şi cele motorii;

b) echilibrul static şi dinamic. În evoluția sa, copilul trebuie să își dezvolte simțul echilibrului şi capacitatea de a-şi orienta mişcările în spațiu. Simțul echilibrului permite aprecierea poziției capului față de corp şi a corpului față de mediul înconjurător. Atitudinea se constituie dintr-o obişnuință posturală care apare progresiv în cursul dezvoltării psihomotorii a copilului, nefiind nici conştientă, nici voluntară. Sub raport psihomotric, echilibrul de atitudine exprimă şi comportamentul psihologic al persoanei, adică încredere în sine, deschidere spre lume, disponibilitate în acțiune, acestea necesitând o bună cunoaştere a schemei corporale;

c) coordonarea dinamică generală. Coordonarea constă în achiziția capacității de asociere a mişcărilor în vederea asigurării unor acte motrice eficiente. Se înțelege prin coordonare o combinare a activității unor grupe de muşchi în cadrul unei scheme de mişcare, lină, executată în condiții normale. Coordonarea mişcărilor apare doar prin repetări permanente şi se dezvoltă treptat, pe măsură ce copilul creşte. Controlul acestei activități se realizează prin mecanismul de feed-back al centrilor subcorticali. Coordonarea dinamică generală se materializează prin **deprinderile motrice** (forță, viteză, îndemânare). Deprinderile motrice constituie activități voluntare care joacă un rol deosebit în menținerea echilibrului dintre organism şi mediu şi au anumite particularități:

– sunt formate în mod conştient**;**

– sunt specifice unei activități, nu sunt aptitudini motrice generale şi reprezintă modalități de comportament motric învățat, sunt segmente calitative ale învățării mişcărilor;

– sunt structuri de mişcare coordonate, constând în integrarea în sistem motric a unităților mai simple însuşite anterior;

– au la bază educarea capacității de diferențiere fină şi rapidă a elementelor informaționale senzorial-perceptive în dirijarea acțiunilor;

– se caracterizează printr-o rapidă şi eficientă aferentație, care permite corectarea pe moment a unor inexactități ce pot apărea;

– ca aspect exterior, deprinderile motrice se prezintă de cele mai multe ori sub formă de structuri individuale determinate de însuşirile sau aptitudinile variabile ale subiecților care învață aceeaşi mişcare;

– formarea deprinderilor motrice este condiționată de numeroşi factori: aptitudini motrice, motivație, nivelul pedagogic al instruirii, cantitatea şi eşalonarea exersărilor, aprecierea şi autocontrolul rezultatelor.

4. ***Orientarea, organizarea şi structurarea spațială***. Spațiul, mediul vid prin definiție, este perceput şi construit pe plan mintal ca urmare a sesizării pozițiilor, direcțiilor, distanțelor, a deplasărilor. Spațiul se organizează plecând de la nivelul senzoriomotor al percepțiilor de acțiune pe baza cunoaşterii schemei corporale proprii, recunoaşterea stânga-dreapta (la 6 ani), a schemei corporale a partenerului (8-9 ani), a diverselor poziții între ele, a elaborării noțiunilor topologice: vecin, închis, deschis etc. Pentru a opera cu aceste relații este necesar un nivel de dezvoltare mintală de cel puțin 8-9 ani. Până la 3 ani spațiul copilului e un „spațiu trăit" afectiv, lipsit de forme şi dimensiuni, spațiu denumit de Jean Piaget „topologic", caracterizat prin raporturi de vecinătate, separare, de ordine şi de continuitate. Între 3-7 ani copilul ajunge la „spațiul euclidian", un spațiu mai omogen, în care recunoaşte formele geometrice. Factorul comun al acestor două planuri este motricitatea, spațiul organizându-se pornind de la nivelul senzoriomotor pe baza percepțiilor legate de acțiune, iar insuficiențele de „discriminare spațială" (Cl. Launay) sau „tulburările de orientare"(S. Boul-Maisonny) conduc la perturbări de genul dislexiei, disgrafiei, discalculiei, disortografiei etc.

După De Meur şi A. Lapierre, **etapele structurării spațiale** sunt:

- **Cunoaşterea noțiunilor** – etapă în care copilul trebuie să învețe să se deplaseze în „spațiul" obişnuit (de ex.: „mergi în camera ta", „pune pe masa profesorului această carte" etc.), să situeze adecvat obiectele, să perceapă formele, mărimile, cantitățile, să le poată identifica, să le discrimineze şi să le ordoneze după criteriul mărimii (ex. de noțiuni spațiale: de situații, de mărime, de formă, de cantitate).
- **Orientarea spațială** este extrem de importantă şi cu multe implicații în învățarea şcolară. Copilul trebuie să învețe să orienteze obiectele, să poată situa obiectele în succesiunea dată în funcție de poziția ordinală şi să perceapă sensul grafic.
- **Organizarea spațială** presupune cunoaşterea noțiunilor spațiale şi capacitatea de orientare spațială şi conduce la dezvoltarea capacității de a dispune fără ajutor de spațiul înconjurător, de a-şi organiza spațiul

delimitat (tabla, foaia de hârtie, un cadru anumit etc.) în scopul realizării unui anumit obiectiv.

- **Înțelegerea relațiilor spațiale**, ca ultimă etapă, se bazează pe raționamente formate în momentul perceperii anumitor relații spațiale. Acum se realizează structura spațială, de exemplu, copilul putând stabili ce mărime de cerc lipseşte dintr-o suită progresivă de cercuri, pentru a realiza o progresie armonioasă şi completă. Acum copilul este capabil de a percepe tot ceea ce este „la fel" (în cazul exemplului cerc), de a înțelege criteriul după care este alcătuită succesiunea cercurilor (ex. mărimea) şi de a sesiza faptul că lipseşte un anumit cerc, de un anumit diametru.

5. **Orientarea, organizarea şi structurarea temporală** reprezintă capacitatea de a se situa/poziționa în funcție de succesiunea evenimentelor (înainte, după, în timpul), de durata intervalelor (timp lung sau scurt), de ritmul regulat sau neregulat, de cadența rapidă sau lentă, de reluarea ciclică a unor perioade de timp (zi, săptămână, lună, anotimp), de ireversibilitatea timpului fizic (nu se mai poate reveni în timpul trecut). Conduita de orientare şi structurare temporală se formează lent şi cu mare dificultate. Între structura spațială şi cea de timp există diferențe, pentru că spațiul are trei dimensiuni, poate fi parcurs în toate direcțiile, iar relațiile spațiale pot fi percepute corect, în timp ce timpul are o direcție liniară, cu parcurgere liniară (într-un singur sens), relațiile temporale fiind fie memorate (pentru trecut), fie imaginate (pentru viitor). *Tulburările structurii temporale* se pot manifesta în patru simptome distincte: incapacitatea copilului de a găsi ordinea şi succesiunea evenimentelor, lipsa de percepere a intervalelor, inexistența unui ritm regulat, incapacitatea de organizare a timpului. Toate aceste simptome sunt cauzate de un trinom de cauze: motrice, psihomotrice şi psihologice.

6. **Percepția şi reprezentarea mişcării** joacă un rol extrem de important în realizarea adecvată, corectă a structurilor perceptiv-motrice (mai ales a celei spațial-temporale). *Percepția mişcării* vizează percepția mişcării obiectelor şi a propriilor mişcări. Percepția mişcării obiectelor exterioare subiectului are la bază percepția spațială, la care se adaugă componente motrice specifice. Deplasarea persoanelor are o valoare deosebită deoarece copilul va încerca să imite acțiunile celor din jur, raportându-şi propriile mişcări la cele percepute în anturaj. Percepția propriilor mişcări reprezintă condiția esențială pentru conducerea acțiunii

în orice activitate motrică, pe baza engramelor senzitive controlându-se suma mişcărilor efectuate de corp sau de anumite segmente ale lui. Aprecierea mişcării segmentelor corporale se face mai ales pentru membrele superioare (mâini), care sunt urmărite cu vederea şi au un rol esențial în timpul activităților şcolare sau profesionale de individ.

Reprezentările ideomotrice (ale mişcărilor) sunt legate totdeauna de o experiență personală anterioară. Dacă scopul activității reflectat în creier întâlneşte reprezentările ideomotrice ale unei experiențe asemănătoare, trecerea la acțiune se va face foarte uşor. Datorită caracterului condiționat al reprezentărilor şi interacțiunii primului sistem de semnalizare cu al doilea, acesta contribuie la învățarea mentală a acelor exerciții pentru care există o experiență anterioară. Reprezentările mişcărilor au caracter preponderent vizual, mai ales când copilul îşi reprezintă acțiunea ce urmează a fi executată, când memorează succesiunea evenimentelor.

Psihomotricitatea cu toate elementele ei componente (enumerate anterior) se dezvoltă, trecând prin mai multe perioade sau etape: perioada de **inovație** (când copilul îşi testează capacitățile), perioada de **integrare** (când copilul integrează datele) şi perioada de **echilibru** (care presupune o alternare a repausului cu progresul).

Dezvoltarea psihomotricității este **favorizată** de o serie de factori, cei mai importanți fiind: maturizarea nervoasă, învățarea şi exercițiul, experiența şi conduita motrică.

4.2. **Cauzele deficiențelor fizice şi psihomotorii**

Cauzele deficiențelor fizice şi psihomotorii prezintă o mare varietate şi pot să afecteze în grade diferite organismul. Pot fi sistematizate după **diferite criterii** în mai multe categorii.

a. Astfel, după un prim criteriu, al *originii cauzelor*, acestea pot fi împărțite în interne şi externe. Cauzele ***interne*** sunt determinate de procesele de creştere şi de dezvoltare, de natura funcțiilor somatice, organice şi psihice, iar cauzele ***externe*** sunt raportate la condițiile de mediu, de viață şi de educație ale individului.

b. În funcție de *caracterul direct/indirect* există cauze cu ***acțiune directă***, care interesează elementele proprii ale deficienței, şi cauze ***indirecte,*** care produc o afecțiune sau deficiență morfologică sau funcțională, putând afecta tot organismul (deficiențe globale) sau

limitându-se doar la anumite regiuni, segmente sau porțiuni ale corpului (deficiențe regionale sau locale).

c. Frecvent se utilizează şi criteriul de împărțire a ***cauzelor în predispozante, favorizante şi determinante (declanşatoare).*** Cauzele favorizante sau predispozante (care pot cauza deficiențe fizice) sunt în legătură cu ***ereditatea***. Descendenții prezintă, de regulă, asemănări morfologice şi funcționale cu ascendenții şi colateralii (frații, surorile şi rudele apropriate). Acest fenomen biologic este şi mai evident atunci când tipurile constituționale ale înaintaşilor sunt relativ identice şi când condițiile de mediu şi de viață prezintă asemănări. Tot în această grupă, a cauzelor predispozante, putem încadra şi ***influențele nocive*** pe care le suferă organismul fătului în ***viața intrauterină***. ***Debilitatea congenitală*** şi ***imaturitatea, naşterea prematură*** şi accidentele obstetricale pot constitui baza unor deficiențe care se manifestă nu numai imediat după naştere, ci şi mai târziu, cu repercusiuni în viața ulterioară.

Favorizanți pentru producerea deficiențelor fizice sunt socotiți şi ***factorii*** care ***influențează în sens negativ starea de sănătate şi funcționarea normală a organelor***, mai ales în perioadele de creştere şi de dezvoltare activă a copilului. Astfel de cauze slăbesc rezistența organismului, scad capacitatea funcțională a aparatului de sprijin şi de mişcare şi diminuează rolul reglator al sistemului central. Printre aceste ***cauze favorizante*** se numără: condițiile inadecvate de igienă şi viață, lipsa de organizare a activității şi lipsa repausului, regimul alimentar necorespunzător, nivelul scăzut de aer şi de lumină în locuință, hrana insuficientă, îmbrăcămintea incomodă, defectuos confecționată, dormitul în paturi prea moi (cu perne multe în care corpul se afundă şi se curbează exagerat) sau tari şi incomode (care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sunt în perioada de creştere), lipsa unei educații raționale şi un regim defectuos de viață, lipsa de supraveghere şi de control din partea părinților şi a educatorilor, bolile cronice, convalescențele lungi, intervențiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică, tulburările cronice (organice şi psihice), anomaliile senzoriale (mai ales ale văzului şi auzului).

Factorii determinanți (declanşatori) sunt cei care prin apariția şi acțiunea lor **determină** dezvoltarea deficiențelor fizice şi psihomotorii. Ei pot fi împărțiți în:

a) ***factori care acționează în perioada intrauterină***:

- infecții ale mamei cu caracter cronic – sifilis, paludism, tuberculoză, intoxicații lente – cu alcool, medicamente, săruri radioactive, tulburări endocrine şi neuropsihice ale mamei, carențe alimentare sau de vitamine, boli ale sângelui etc.;
- temperatura prea joasă sau prea ridicată a mediului, umiditatea excesivă, acțiunea razelor X asupra mamei (implicit asupra fătului), traumatismele fizice ale abdomenului gravidei, condițiile neadecvate, grele, stresante de viață şi de muncă ale mamei, vârsta înaintată a părinților (mai ales a mamei) etc.

b) ***factori care acționează în timpul travaliului***:

- eforturile excesive ale mamei;
- durata crescută a travaliului;
- intervenții traumatizante care să determine congestii şi hemoragii cu urmări grave pentru copil.

c) ***factori care acționează în perioada copilăriei***:

- bolile şi accidentele care produc anomalii morfologice şi funcționale (mai ales la nivelului aparatului locomotor);
- atitudinea defectuoasă a corpului copilului (necorectată de părinte sau de educator) se poate permanentiza şi determina deficiențe ale coloanei vertebrale (cifoze, lordoze, scolioze);
- tulburările de metabolism, cele hormonale;
- leziunile prin arsuri şi prin degerături;
- atrofiile musculare etc.

4.3. **Clasificarea deficiențelor fizice şi psihomotorii**

În unele studii, **deficiențele fizice** sunt grupate, alături de **deficiențele senzoriale,** în categoria **deficiențelor somatice** sau **biologice**. Clasificarea deficiențelor fizice nu este deloc o sarcină uşoară, un criteriu unic de clasificare fiind greu de identificat şi de aceea se preferă tipologizarea deficiențelor fizice în funcție de mai multe criterii:

a) **din punctul de vedere al prognosticului** (evoluției) deficienței fizice vorbim despre: **deficiențe neevolutive** (statice, fixate definitiv, foarte greu de corectat) şi despre **deficiențe evolutive** (care progresează sau regresează, putând fi corectate, într-o proporție mai mare sau mai mică, mai uşor sau mai greu).

b) **din punctul de vedere al gravității** există:

- **deficiențele fizice ușoare**, care includ micile abateri de la normalitatea corporală și sunt considerate *atitudini deficiente* globale sau segmentare, care prin executarea de mișcări corective (de timpuriu) se pot corecta destul de ușor și total (ex.: deficiența cifotică, gâtul înclinat lateral sau înainte, umerii aduși înainte sau asimetrici, torace în flexiune, picioare abduse sau adduse etc.);
- **deficiențele de grad mediu,** în care sunt înglobate defectele morfologice și funcționale staționare sau cu evoluție lentă, care se corectează parțial sau rămân nemodificate; cele mai multe asemenea deficiențe sunt de tip segmentar (ex.: cifoze, lordoze, deformații ale abdomenului, toracelui etc.), existând însă și deficiențe medii globale (ex.: hiposomii, disproporții între segmente etc.);
- **deficiențele accentuate,** care constau în modificări patologice ajunse într-un stadiu avansat de evoluție; cele mai multe deficiențe de acest tip sunt determinate în viața intrauterină (ex.: malformațiile aparatului locomotor) sau ca urmare a unor paralizii, traumatisme osoase și articulare, a unor infecții ale oaselor, mușchilor, articulațiilor sau ale vaselor de sânge;

c) **din punctul de vedere al localizării și al efectelor deficienței** avem:

- ***deficiențe morfologice*** (când este afectată forma corpului sau a segmentelor lui);
- ***deficiențe funcționale*** (când sunt afectate structura și funcționarea organismului).

Ambele categorii mari de deficiențe pot fi subîmpărțite în funcție de întinderea și de profunzimea deficienței în: **deficiențe globale** (generale sau de ansamblu) și **deficiențe parțiale** (regionale, segmentare sau locale).

- **DEFICIENȚELE MORFOLOGICE GLOBALE**

E. Verza clasifică deficiențele morfologice globale în: *deficiențe de creștere* (hiposomie – nanism, hipersomie – gigantism, între înălțime și greutate de exemplu, disproporționalitate – între cap și trunchi de exemplu), *de nutriție* (obezitate, debilitate fizică), *de atitudine* (atitudine global insuficientă, de exemplu: rigidă sau global asimetrică), *deficiențe ale tegumentelor* (palide sau vineții, uscate sau umede, cu pete, cicatrici,

eczeme, cu hipertricoză – pilozitate pe tot corpul*), deficiențe ale musculaturii* (hipotonii sau hipertonii)*, deficiențe ale oaselor, ale articulațiilor*.

- **DEFICIENȚELE MORFOLOGICE PARȚIALE**

A doua categorie de deficiențe fizice morfologice – după E. Verza – sunt deficiențele morfologice parțiale în care sunt incluse: *deficiențe ale capului* (ex.: cap macrocefal – supradimensionat în raport cu corpul, cap microcefal – subdezvoltat în raport cu corpul, cap brahicefal – fără proeminența occipitală, cap doliocefal – cu diametrul antero-posterior alungit şi cu o „şa" la mijloc, cap hidrocefal etc.), *ale feței* (față prea ovală, prea alungită, lățită, cu cicatrici, malformații, cu pareze, față cu afecțiuni ale ochilor – strabism, ochi înfundați sau prea apropiați etc., sau ale nasului, urechilor, față cu dinți vicios implantați etc.), *deficiențe ale gâtului* (un gât prea lung sau prea scurt, prea gros sau prea subțire, gât cifotic, lordotic sau scoliotic, gât răsucit – torticolis, gât cu relief tiroidian accentuat etc.), *deficiențe ale trunchiului/ale toracelui* (prea lung, prea scurt, îngust, prea larg, prea bombat, plat, cu semne de rahitism, strangulat sau cu stern înfundat), *ale abdomenului* (un abdomen prea proeminent, strangulat, cu hernii sau prea moale), *ale spatelui* (spate cifotic, scoliotic, asimetric), *deficiențe ale coloanei vertebrale, ale bazinului* (căzut prea mult în jos, înclinat lateral etc.).

O altă categorie de deficiențe morfologice parțiale sunt cele ale *membrelor superioare*, care pot fi inegale (în lungime sau grosime), asimetrice, rămase în flexie/extensie, cu umeri prea înguşti/largi, prea căzuți sau „țepoşi", sau „aduşi", cu brațe inegale, cu coate în flexie/entensie, în O sau în X, cu antebrațe curbate, asimetrice, sau cu sechele traumatice, cu degete cu anomalii sau cu omoplați asimetrici etc.

Tot deficiențe morfologice parțiale sunt şi *deficiențele membrelor inferioare*, membre care pot fi inegale, cu contracturi, cu şolduri cu relief accentuat sau asimetrice, cu genunchi rămași în flexie/extensie sau asimetrici, cu gambe recurbate sau cu sechele traumatice, cu glezne strâmbe, în X sau scobite şi cu degete „în ciocan" – în flexie cu sprijin pe unghii – sau strâmbe, suprapuse sau deformate etc.

- **DEFICIENȚELE FUNCȚIONALE**

A doua mare categorie de deficiențe fizice este reprezentată de deficiențele funcționale, în care includem:

– *deficiențe ale aparatului neuromuscular* (diferitele forme şi grade de paralizii, tulburările de mers, de echilibru, de ritm, de coordonare a mişcărilor);

– *deficiențe ale marilor aparate şi funcțiuni ale organismului* (ale aparatului respirator – ex.: insuficiență respiratorie, ale aparatului cardiovascular – ex.: hipertensiune arterială, ale aparatului digestiv şi funcțiilor de nutriție – ex.: obezitate, ale sistemului endocrin – ex.: insuficiență sexuală, nanism, deficiențe ale organelor de simț).

O altă clasificare a deficiențelor fizice (motorii) este oferită de Robănescu (1976), care împarte aceste deficiențe în trei categorii:

a) *deficiențe fizice de origine osteo-articulară* – în care sunt incluse malformațiile congenitale (ex.: luxație congenitală de şold, amputație congenitală, picior strâmb congenital), deformările osoase apărute în timpul procesului de creştere (inegalitatea membrelor, rahitism, cifoze, scolioze etc.) sau sechelele temporare sau definitive ale accidentelor mai ales cele de circulație şi postcombustie);

b) *deficiențe fizice de origine neurologică* care sunt reprezentate de: infirmitatea motrică de origine cerebrală (ce presupune pareze, paralizii spastice, probleme de coordonare, mişcări involuntare-sincinezii, tulburări de echilibru la care se adaugă şi tulburări asociate de genul epilepsiei, tulburărilor senzoriale, instrumentale – ex.: execuția gesturilor etc.), bolile neuronului motor periferic (sechelele de poliomelită şi afecțiunile neurologice evolutive-miopatiile, distrofiile neuromusculare);

c) *bolile cronice evolutive articulare* (polioartritele reumatismale ale copilului şi artropatiile din hemofilie).

În categoria **tulburărilor de psihomotricitate** includem toate *tulburările lateralității* (ex: încrucişată, contrariată), *ale conduitelor motrice de bază* (ex: ale mersului, săritului, ale controlului postural*)*, *tulburările de realizare motrică* (apraxia – pierderea capacității de execuție a gesturilor, a mişcărilor adaptate unui scop, dispraxia – incapacitatea de coordonare a gesturilor, disgrafia motrică – afectarea vitezei şi a forței scrisului etc.), *tulburări ale conduitelor perceptiv-motrice* (*ale orientării spațiale* – necunoaşterea termenilor spațiali, perceperea greşită a pozițiilor în spațiu, orientarea incorectă în spațiu, lipsa memoriei spațiului şi *ale orientării temporale*), *tulburări ale schemei corporale* (presupunând necunoaşterea părților corpului sau incapacitatea de folosire a lor etc.), *instabilitatea psihomotorie* (exces de

mişcare şi incapacitate de orientare şi urmărire a unui obiect în mişcare), *tulburări ale conduitelor motrice fine* (ex: incapacitate de concentrare şi de perseverare într-o acțiune anume).

4.4. **Recuperarea deficiențelor fizice şi psihomotorii**

În abordarea oricărei deficiențe fizice sau psihomotorii este important să fie respectate anumite principii de bază, care pot asigura succesul intervenției recuperatorii, şi anume:

– principiul prevenirii deficienței fizice;

– principiul intervenției de tip educațional precoce;

– principiul intervenției globale şi individualizate a persoanei cu deficiență fizică;

– principiul intervenției cooperării şi al parteneriatului;

– principiul intervenției structurilor de sprijin.

Aşadar, înainte de a corecta/trata o deficiență fizică este bine *să prevenim* apariția ei prin măsuri de îngrijire primară şi secundară (ex. vaccinări – împotriva bolilor transmisibile, asanarea solului, aprovizionarea cu apă, examene medicale periodice ale gravidei şi copilului, supravegherea regimului nutrițional, combaterea consumului de alcool şi de droguri, asigurarea de medicamente pentru tratarea bolilor, de acte chirurgicale esențiale, de tratament recuperator). La aceste măsuri preventive se adaugă şi cele cu caracter terțiar care împiedică transformarea unei incapacități în handicap, ele fiind incluse în programele de readaptare a copilului/adultului cu deficiență (programe care nu presupun tratament medical, ci măsuri de ordin psihologic şi social – ex.: reorientare profesională).

Atunci când există deja o deficiență motorie (fizică), *demersul corector* debutează prin *evaluarea potențialului psihomotor al copilului*.

În evoluția oricărui copil, esențiali sunt primii trei ani ai existenței sale, perioadă în care se achiziționează întreg bagajul psihomotric. Orice întârziere în evoluția normală în planul creşterii şi dezvoltării va determina disfuncționalități greu de recuperat ulterior. Intervenția educațională precoce asigură copilului deficient motor condiții optime de achiziție a engramelor senzitivo-motorii, context în care educația poate duce la recuperarea sau compensarea deficienței fizice.

Abordarea copilului deficient fizic trebuie să se facă şi în cunoştinţă de cauză privind capacităţile lui cognitive, afectiv-relaţionale, care pot fi dezvoltate şi valorificate compensator.

Educaţia copilului deficient fizic implică şi *educaţia familiei lui*, întrucât baza recuperării lui este reprezentată de afecţiunea şi de suportul oferite de familie. O familie armonioasă, un cadru familial cald, suportiv pot grăbi recuperarea unui copil deficient fizic. În plus, după perioada iniţială de recuperare în instituţii specializate, se trece la continuarea terapiei în familie, care constă în activităţile zilnice pe care copilul trebuie să le repete, sub controlul atent şi cu susţinerea părinţilor.

Fiecare copil, indiferent de forma sau de nivelul deficienţei, dispune de un potenţial morfofuncţional care îi conferă capacitatea de a se angaja în recuperare. Totuşi, această capacitate este influenţată de găsirea, în plan psihologic, a resurselor necesare unei automobilizări. Copiii deficienţi fizic, în special fetele, aflaţi la vârsta marilor transformări fiziologice, încep să conştientizeze starea de fapt legată de modificarea aspectului corporal şi apar întrebări dramatice de tipul: „de ce eu?”, „de ce nu sunt la fel cu celelalte”, „ce pot face pentru a deveni normală?”. Ca urmare a unui asemenea lanţ de întrebări, la care adolescentul/adultul caută în zadar răspunsuri, pot apărea manifestări care pot degenera, în timp, în tulburări de comportament. Aici intervine terapeutul – psihologul al cărui rol este de a lucra cu deficientul fizic pe linia acceptării deficienţei fizice, a recâştigării încrederii în sine, a diminuării anxietăţii, frustrării lui, a valorizării pozitive a personalităţii adolescentului etc. De o deosebită importanţă în recuperarea deficienţilor fizic este, aşadar, *consilierea psihologică şi familială*.

Pe lângă *terapia de tip psihologic* (realizată individual sau în grup – cu grup suportiv), în recuperarea deficienţilor fizic se apelează cu precădere la corectarea deficienţei (acolo unde se poate) prin *exerciţii de gimnastică, fizioterapie, prin kinetoterapie, reflexoterapie, acupunctură* etc.

Copilul deficient fizic trebuie să fie şcolarizat în şcoli obişnuite, alături de copiii sănătoşi, mai ales dacă intelectul lui este normal şi are aptitudini pentru învăţătură. Există, în sprijinul acestei idei, numeroase exemple de copii cu deficienţe fizice (unele grave) care au devenit muncitori, magistraţi, funcţionari, economişti sau medici.

Copilul reacţionează faţă de handicapul lui fizic în funcţie de atitudinea părinţilor faţă de el. Chiar dacă părinţii încearcă să-şi

controleze manifestările exterioare legate de reacția de decepție, copilul cu deficiență înțelege că este diferit de ceilalți, că este un intrus, că nu este copilul „visat”. De aceea, copilul cu deficiență fizică are nevoie de dragostea celor din jur, cu atât mai mult, cu cât el îşi formează mai greu conştiința de sine şi cercul relațional. Într-un mediu afectiv cu carențe, copilul trăieşte un sentiment puternic de insecuritate, teama că va fi abandonat de familia sa şi respins de societate. De asemenea, el acordă o importanță deosebită relației cu alți copii, datorită necesității de a se simți acceptat de aceştia şi suportă greu sărăcia relațiilor afective cu familia şi cu mediul exterior. El nu are suficientă încredere în sine pentru a-şi dovedi creativitatea, curiozitatea şi spiritul întreprinzător. Pentru un copil cu deficiență fizică, asigurarea de experiențe noi constituie o reală problemă, datorită unui nivel funcțional redus sau datorită supraprotecției familiale. Copilul trebuie să aibă posibilitatea de a-şi exercita propriile opțiuni, de a-şi exprima dorințele şi de a vedea că adultul ține cont de alegerile sale. În acest fel, va beneficia de experiențe noi, care-i vor solicita capacitățile de adaptare şi de voință. Uneori, adulții sunt uimiți de perseverența acestor copii în vederea atingerii unor performanțe, mai ales şcolare. Copii cu deficiențe fizice de natură neurologică depun eforturi susținute pentru dobândirea unor experiențe noi, mai ales în ceea ce priveşte comunicarea verbală şi corporală. În acest domeniu, copilul are o mare capacitate de adaptare, ajungând să se facă înțeles cu ajutorul mamei sau al altui copil. Ca orice suflet uman, persoanele cu deficiențe fizice au nevoie de *apreciere şi stimă*. Aprecierea şi stima apar atunci când activitatea copilului este încununată de succes. Din păcate, atunci când scopurile propuse sunt prea înalte şi pretențiile părinților prea mari, poate apărea eşecul. Uneori, sentimentul eşecului este perceput atât de intens, încât părinții intervin, asigurând copilului un mediu de viață supraprotejat. În aceste situații, acesta va fi insuficient pregătit pentru viața de adult. Părinții şi educatorii au probleme în a găsi calea cea mai corectă pentru rezolvarea situațiilor dificile, care ar fi găsirea unui echilibru între situația de ajutor total ce asigură copilului un succes rapid şi situația de intervenție parțială, în care copilul are unele probleme de rezolvat şi unele obstacole de depăşit pentru a-şi atinge scopul.

Familia şi societatea trebuie să se adapteze permanent între cele două extreme: supraprotecția, care generează dependență şi confruntarea permanentă cu noi scopuri, cu noi ținte, uneori dificil de atins. Dacă nu se

realizează o mediere între cele două extreme, se ajunge fie la un comportament rapid şi agresiv, fie la o renunțare pasivă din partea copilului.

Copilul trebuie să îşi asume unele *responsabilități* față de propria persoană sau față de alte persoane. Dacă familia îi refuză acest drept, practic îi refuză inserția socială. *Autonomia* personală este necesitatea fundamentală ce stă la baza construirii conştiinței de sine. Deficiența fizică perturbă realizarea acestei necesități fundamentale. Lipsa autonomiei duce la restrângerea câmpului de activitate, la scăderea ritmului de învățare a unor lucruri noi. Pentru a-şi obține autonomia personală, copilul depune eforturi deosebite, ce trebuie susținute de familie.

Față de solicitările mediului socio-familial, copilul dispune de un număr redus de scheme şi tipuri de reacție. Acestea sunt reprezentate de reacția de imitație, de opoziție, de compensare, de supracompensare şi de demisie. Reacția de *imitație* presupune existența unui model care se bucură de autoritate, prestigiu, simpatie. Reacția de *opoziție* sau de protest exprimă nevoia de independență, de afirmare a personalității individului, dorința cunoaşterii de sine. Reacția de *compensare* este socotită de V. Milea drept o formă inconştientă de apărare, care permite echilibrarea sentimentelor de inferioritate. *Sentimentul de inferioritate* legat de deficiențele fizice şi senzoriale poate fi compensat prin căi care pot sau nu să contravină normelor de conduită socială. Astfel, copilul este atras către modele negative care trezesc interesul grupului şi cu care el încearcă să se identifice. Uneori, compensarea apare sub forma unor stări de reverie sau a plăcerii pentru laude exagerate, care oferă copilului o modalitate de satisfacere a dorințelor neîmplinite. Reacția de *supracompensare* stă la originea eforturilor de ambiție şi perseverență prin care individul se va învinge pe sine şi defectele sale. Prin această reacție se urmăreşte înlăturarea sentimentelor de inferioritate. Reacția de *demisie* implică în mod normal replierea individului cu elaborarea unui nivel de aspirații în concordanță cu posibilitățile sale reale.

Alteori, apare un sentiment de descurajare, de abandon, de neîncredere şi apatie. Aceste reacții sunt frecvent întâlnite la copiii şi adolescenții confruntați cu eşecuri permanente. Frecvent, ei recurg la droguri sau se lasă manipulați cu uşurință de către ceilalți. Aceste reacții apar mai ales ca un răspuns la atitudinea familiei, astfel că putem

considera *copilul ca fiind oglinda părinților*. Această situație este evidentă în cazul copiilor cu deficiențe fizice care sunt dependenți de părinți. Părinții se grupează în 5 categorii – echilibrați, indiferenți, exagerați, autoritari şi inconsecvenți.

Copiii **părinților echilibrați** au o imagine obiectivă despre realitate. Ei se privesc aşa cum sunt, cu calitățile, dar şi cu defectele lor. Aceşti copii doresc să ajungă adulți pentru a-şi demonstra valoarea. Tânărul este perseverent în rezolvarea obstacolelor întâlnite, demonstrând o tendință vie de a se impune şi de a conduce. Prin efort propriu, el caută să-şi depăşească condiția, realizând activități la un nivel înalt de competență.

Atitudinea de neglijare şi de respingere a copilului este frecvent întâlnită atunci când el nu a fost dorit, părinții lui fiind tipul de **părinți indiferenți**. Copilul lor este complet neglijat, i se refuză cele mai elementare drepturi, este pedepsit, ridiculizat, izolat de lume din cauza deficienței sale. Astfel, el se află în imposibilitatea de a face față unor cerințe şi de a-şi alege căile care l-ar putea conduce spre succes. Copilul respins de părinți se simte inferior şi nesigur, se consideră nedemn de dragostea părinților, frecvent fiind neîngrijit, murdar. În relațiile cu ceilalți copii este brutal, permanent pus pe ceartă, răzbunător. Este izolat frecvent de colectiv, întrucât devine agresiv fără motiv; leagă greu prietenii, fiind interiorizat şi neadaptat.

Copilul cu **părinți exagerați** este crescut într-un climat de seră, fără a avea obligații, fără a i se refuza nici un capriciu şi anticipându-i-se toate dorințele. Familia sa preia toate problemele, astfel că el este îmbrăcat şi încălțat chiar de alții şi la vârste foarte mari. Grija familiei pentru copil este axată în mod deosebit pe starea lui de sănătate, cu insistență pe fragilitatea lui. Apare astfel un climat dominat de anxietate, de o grijă bolnăvicioasă pentru sănătatea copilului. Pentru un copil cu deficiențe fizice, o astfel de grijă excesivă are efecte negative, în contactul cu ceilalți copii fiind pasiv, lipsit de inițiativă, incapabil de autoapărare. Îşi pune frecvent în joc imaginația, refugiindu-se în visare astfel că orice contact cu realitatea este evitat. Părinții exagerați favorizează apariția la copii a reacțiilor de dependență şi imaturitate, aceştia devenind neascultători, agresivi chiar, fără încredere în sine şi cu un autocontrol redus.

Părinții autoritari solicită din partea copilului lor o ascultare totală, interzicându-i-se acestuia orice inițiativă şi asumare de răspundere. El este

împiedicat să-şi dezvolte capacitățile de decizie şi acțiune, repetatele eşecuri generând neîncredere şi pesimism. Fiind lipsit de inițiativă, copilul va fi supus, modest, resemnat, incapabil să se apere chiar atunci când are dreptate. Nivelul său de aspirație este destul de scăzut, iar angajarea în muncă este slabă. Dacă porneşte o activitate, el va avea multă răbdare, mai ales în îndeletnicirile de rutină. Copilul acestor părinți va fi ascultător, dar nefericit şi ostil, frecvent loial, onest, corect. Acest comportament apare atunci când părinții sunt autoritari, dar îşi îngrijesc atent copilul şi-şi manifestă totuşi afecțiunea. În cazurile în care părinții nu fac acest lucru, copiii pot avea un comportament deviant şi antisocial.

Copiii **părinților inconsecvenți** sunt profund derutați, deoarece părinții lor oscilează de la autoritate la permisivitate, de la indiferență la tutelă. Uneori, copilul este disputat de părinții în conflict, fiind solicitat să opteze pentru anumite poziții. În această situație, el va fi instabil, nesigur, uşor de atras şi de influențat de persoane rău intenționate.

În cadrul aspectelor de consiliere psihologică trebuie să abordăm şi problema **impactului psihologic al deficienței fizice asupra copilului.** *Acest impact este diferit, în funcție de grupa de vârstă şi de tipul handicapului.*

De la *1 la 3 ani* copilul îşi dezvoltă autonomia, învățând să meargă şi să vorbească. Deficiența fizică va determina reducerea mobilității, lipsind copilul de autonomie. În formele grave de deficiență, chiar îmbrăcarea şi hrănirea pot fi obositoare pentru copil, astfel că el trebuie ajutat de părinți. În acest context, copilul are o încredere redusă în forțele sale. Perioada de *preşcolar* este stadiul de dezvoltare a inițiativei, astfel că învățarea este mult perturbată în situația unei deficiențe fizice. O problemă majoră acum este legată de identitatea sexuală. La grădiniță se practică jocuri de imitare a activităților specifice fiecărui sex. În familie, copilul îşi va forma această identitate în funcție de rolul asumat de fiecare părinte în îngrijire şi în asigurarea veniturilor. În strânsă legătură cu identitatea sexuală se formează şi imaginea despre propriul corp. Cunoştințele copilului despre propriul corp apar prin folosire, percepție şi vizualizare. Atunci când copilul este bolnav, imaginea sa asupra corpului este centrată pe durere şi pe anxietate. Copilul exercită un control precar asupra unor funcții (incontinența urinară de ex.), astfel că se simte jenat şi inferior. Copiii cu deficiențe fizice (mai ales cei cu paralizii) au probleme legate de formarea imaginii corporale, mai ales la nivelul segmentelor afectate.

În *perioada şcolară,* elevul ajunge la desăvârşirea capacităților sale, cu diminuarea sentimentului de inferioritate. Succesul depinde de capacitatea copilului de a coopera şi de a intra în competiție cu ceilalți. Uneori, deficiența fizică poate fi barieră în calea creativității şi competitivității lui. Prietenia joacă, la această vârstă, un rol deosebit în formarea stimei de sine. Orice apreciere cu privire la sine ca fiind „diferit" poate afecta sentimentul de apartenență la grup, ceea ce determină izolare şi evitarea relațiilor sociale. În această perioadă, copilul se identifică din ce în ce mai mult cu grupul din care face parte şi cu liderul acestuia. Apare astfel o tendință de independență, mai ales față de familie. De aceea, trebuie ajutat să înțeleagă că, deşi nu este „normal, perfect", are calități şi abilități demne de admirația celor din jurul lui.

În *adolescență*, impactul deficienței este deosebit. În etapele anterioare, imaginea de sine, stima de sine şi comportamentul erau influențate de relația cu părinții. Adolescentul este diferit, el visează la un viitor independent, departe de casă, departe de părinți, chiar dacă va trebui să se descurce singur. În adolescență apare dorința de stabilire a propriei identități. Modificările pubertale trebuie integrate în imaginea de sine, cu câştigarea controlului şi cunoaşterea propriilor capacități fizice sau psihice. La copiii cu deficiențe fizice, aceste identificări sunt prioritare, dar ele se desfăşoară frecvent în singurătate, deoarece „a fi diferit" înseamnă a fi exclus din grup. În această perioadă, tânărul este deosebit de vulnerabil la stresul emoțional produs de boală. Înfățişarea corporală, măiestria şi abilitățile reprezintă elementele de bază la această grupă de vârstă. O afectare cât de mică a uneia dintre aceste calități poate determina o respingere din grup. Pentru a fi asemănători cu colegii lor, adolescenții cu deficiențe sunt capabili de a merge până la refuzul deficienței, însoțit de refuzul îngrijirii şi al tratamentelor. Astfel, pentru a fi „ca toată lumea", ei pot renunța la ajutoarele tehnice de specialitate, care le oferă confort, dar care-i separă de colegii sănătoşi.

Deficiența fizică vizibilă afectează în mod deosebit relațiile sexuale. Băieții sunt foarte afectați când boala nu le permite să fie independenți şi să se realizeze pe plan profesional. Ei acceptă uşor o deficiență vizibilă sau un aspect corporal modificat, atâta timp cât mobilitatea şi realizarea profesională sunt posibile. Fetele sunt puternic afectate de modificarea aspectului corporal, mai ales atunci când este vizibilă şi nu poate fi mascată prin vestimentație. Ele acceptă uşor

limitarea mobilității dacă sunt atractive în continuare şi în atenția persoanelor de sex masculin.

Un ultim aspect ce trebuie luat în considerare este reprezentat **de reacțiile copilului la boală şi mai ales la durere**.

În fața bolii, copilul are reacții *negative de agitație, insomnie, refuzul alimentelor, plâns*. La copilul preşcolar şi la şcolarul mic pot apărea fenomene de exploatare a bolii sau chiar dorința de a fi bolnav, pentru a fi alintat. Uneori apare o stare de relativă inerție manifestă prin pasivitate, prin lipsa de energie a copilului. În cazul spitalizărilor de durată, pot apărea reacții depresive, mai ales atunci când mama nu stă permanent cu copilul. Pentru a evita reacțiile traumatizante, copilul va fi pregătit, persoanele din familie explicându-i situația în termeni simpli, pe înțelesul său. În spital, el va putea păstra unele obiecte cu care este familiarizat (jucăria preferată, pijamaua sau papucii favoriți).

La copiii de vârstă şcolară, semnele de depresie se grupează sub *forma tulburărilor afective, a dezvoltării lente şi a manifestărilor somatice*. Tulburările afective se traduc prin tristețe, izolare cu refuz al relației cu colegii sau prin reacții afective excesive şi invadante. Dezvoltarea lentă se manifestă prin scăderea randamentului şcolar, prin dificultăți de concentrare, de atenție şi de memorare. Manifestările somatice sunt reprezentate de lipsa poftei de mâncare, insomnii, oboseală, cefalee, dureri abdominale. Aceste reacții apar frecvent, ca urmare a internării în spital, mai precis din cauza efectului internării, al separării de părinți.

La adolescenți, depresia se manifestă prin tulburări afective de comportament datorită modificării aspectului corporal. Această modificare determină reacții de respingere din partea grupului, din partea colegilor de sex opus.

Uneori, copiii interpretează boala şi deficiența ca pe o pedeapsă cauzată de un comportament necorespunzător. Ei acceptă *pasiv* toate procedurile medicale dureroase, considerându-le o pedeapsă meritată. Alteori, copilul este total lipsit de energie, de voință, acceptând pasiv tot ceea ce i se întâmplă. În cadrul sindromului de pasivitate, Lăzărescu includea *anxietatea de separare*. Reacția cea mai puternică apare în *copilăria timpurie*, mai ales între 15 şi 30 luni. Această reacție evoluează în trei etape: protest, disperare şi detaşare. În *faza de protest*, copilul plânge, strigă după părinți, refuză atenția personalului medical şi este de

neconsolat. Urmează *disperarea*, în care plânsul încetează, dar copilul devine inactiv, nu este atras de jucării şi se izolează. În *faza de detaşare* apare o adaptare la situație, copilul se joacă, surâde şi pare să-şi formeze relații cu alte persoane. Acest comportament este de resemnare, nefiind un semn de mulțumire, deoarece este indiferent față de părinți.

În *perioada de preşcolar*, această reacție este mai puțin intensă, deoarece la această vârstă sunt bine suportate micile perioade de separare de părinți. Astfel, preşcolarul refuză mâncarea, suferă de insomnie, plânge doar în prezența părinților, se izolează de ceilalți copii.

În *perioada de şcolar*, stresul generat de boală poate creşte nevoia de securitate şi de ajutor, copiii simțindu-se singuri, plictisiți sau deprimați. Frecvent, reacția este legată mai ales de despărțirea de prieteni şi de activitățile uzuale decât de cea de părinți. Pentru *adolescent*, separarea de părinți este un element cu efecte pozitive. Problema separării apare doar datorită pierderii contactului cu grupul de prieteni, ceea ce duce la pierderea locului său din cadrul acestui grup. În aceste cazuri, personalul medical are datoria de a interveni, încercând să atenueze aceste reacții. Dacă reacțiile sunt puternice, trebuie apelat la sfatul unui specialist. În general, se încearcă minimalizarea acestor reacții prin mai multe tipuri de metode.

O reacție care apare frecvent, atât la copii, cât şi la adulții cu deficiență este *furia*. Copilul reacționează cu furie la restricțiile impuse de situația sa sau de tratamentele medicale necesare (imobilizare în aparat gipsat). Furia se manifestă diferit, în funcție de vârsta copilului. Copiii mici îşi manifestă furia prin țipete, urlete şi chiar prin lovirea adversarului. Copiii mai mari îşi exprimă furia printr-un limbaj abuziv. Astfel, expresiile „nu ştiu", „nu-mi pasă" evocă furia care trebuie interpretată ca o solicitare de ajutor: „ajută-mă să înțeleg ce mi se întâmplă".

O altă reacție emoțională este reprezentată de *negarea deficienței*. Această atitudine reprezintă un mecanism de adaptare care asigură o speranță. Speranța în vindecare sau în ameliorare reprezintă o necesitate universală. Negarea handicapului şi fixarea unor obiective înalte pot avea efecte stimulative asupra copilului. Totuşi, aceste fantezii pot fi periculoase, mai ales atunci când sunt legate de internarea în spital şi de perspectiva unui tratament care să asigure vindecarea. Rezultatele pot fi dezastruoase în fața eşecului unui tratament, putându-se ajunge la pierderea speranței şi la depresie.

O altă reacție întâlnită la copilul cu defect fizic este cea de *exploatare a stării de boală*, care poate duce în final la reacție hipocondriacă. Această reacție apare la copiii supraprotejați, care îşi folosesc deficiența ca scuză, pentru a nu depune eforturi susținute în activitatea şcolară. Frecvent, de la această exploatare a deficienței se ajunge la convingerea că şcoala este mai gravă decât în realitate şi deci că este mai bine să se evite orice efort fizic sau intelectual.

O altă abordare în cazul deficienților psihomotor trebuie să vizeze **recuperarea fizică**.

Exercițiul fizic, folosit în scop profilactic, dar mai ales corectiv, influențează nu numai forma şi structura țesuturilor corpului omenesc, ci echilibrează concomitent funcțiile fiecărui organ, realizând o stare de sinergie şi de solidaritate funcțională. Cele mai evidente efecte funcționale se constată tot la nivelul aparatului locomotor. În **gimnastica corectivă**, exercițiile fizice urmăresc nu numai exercitarea, dezvoltarea şi perfecționarea funcțiilor motorii normale, dar mai ales reeducarea şi recuperarea celor slăbite sau tulburate. În tulburările şi deficiențele aparatului locomotor, exercițiul fizic, dozat şi gradat în concordanță cu posibilitățile funcționale ale deficientului, reeducă şi perfecționează calități motrice de bază, în special forța, rezistența, suplețea şi îndemânarea. Aceste îmbunătățiri funcționale se datoresc intervenției unor factori neuromusculari, care uşurează transmiterea impulsului nervos şi utilizarea completă a substanțelor energetice.

Efortul fizic, chiar de intensitate mică, creează nevoia unui aport crescut de substanțe nutritive, accelerând funcțiile respiratorii şi cardiovasculare, absorția de la nivelul intestinului, nutriția şi excreția. În gimnastica medicală, sunt selecționate şi grupate **exercițiile fizice** care influențează una sau alta dintre marile funcțiuni.

În fiziologia exercițiilor fizice, se explică pe larg mecanismele complexe care dirijează armonios aparatele şi sistemele organismului. Se poate afirma că exercițiul fizic, repetat metodic şi gradat, după principii şi reguli bine stabilite, în concordanță cu vârsta, sexul, dar mai ales cu pregătirea fizică anterioară a individului, îmbunătățeşte funcțiile mari ale organismului.

Exercițiul fizic are la orice vârstă, dar îndeosebi în perioada de creştere, un puternic rol educativ.

Sistemul nervos este educabil mai ales în sectorul neuromotor. Mişcarea repetată şi corectată se perfecţionează nu numai printr-o reglare mai bună a lucrului grupelor musculare, ci cu precădere printr-un mai bun control psihoneuromotor.

Atitudinea corpului, mişcările şi gesturile corpului, precum şi toate manifestările cu caracter motric sunt de fapt o adaptare continuă a funcţiei psihoneuromotoare la cerinţele permanente ale adaptării corpului, în concordanţă cu necesităţile lui.

Stimularea simultană a factorilor morali şi de voinţă contribuie substanţial la realizarea corectării atitudinilor greşite, la perfecţionarea şi corectarea mecanismelor psihoneuromotorii.

În corectarea deficienţelor fizice, exerciţiul fizic este folosit atât sub forma exerciţiilor statice, cât şi a celor dinamice.

Exerciţiile statice corective constau fie din poziţii, fie din contracţii izometrice.

Poziţiile sunt asigurate de contracţii musculare statice care fixează trunchiul şi segmentele sale, menţinându-le împotriva gravitaţiei sau a altor forţe mecanice care tind să modifice raporturile dintre ele. În gimnastica medicală, poziţiile de lucru se împart în poziţii fundamentale (stând, pe genunchi, şezând, culcat, atârnat) şi derivatele lor. *Poziţiile*, după atitudinea corpului în timpul menţinerii lor, pot fi *corecte* – când există o respectare a atitudinii normale, globale sau segmentare, *corective* – când se realizează o corectare parţială a deficienţei globale sau segmentare şi *hipercorective* – când se obţine nu numai corectarea poziţiei, ci şi realizarea aspectului invers deficienţei. Poziţiile corective şi hipercorective sunt derivate ale poziţiilor fundamentale simetrice sau asimetrice, obţinute prin modificări ale poziţiei capului şi gâtului, trunchiului, membrelor superioare şi inferioare.

Exerciţiile dinamice se pot realiza în gimnastica medicală *sub forma mişcării active, libere sau legate, a mişcării active cu rezistenţă.*

Exerciţiile dinamice corective se pot sistematiza astfel:

1. Exerciţii active de cap şi gât, trunchi, membre superioare şi inferioare – executate liber sau cu îngreunare.
2. Exerciţii de respiraţie cu caracter corectiv.
3. Exerciţii aplicative cu caracter corectiv.
4. Exerciţii de redresare – pasive, pasivo-active sau active.

5. Exerciții de relaxare a grupelor musculare contractate sau scurtate.

Din grupa *exercițiilor active* fac parte, în primul rând, exercițiile active realizate cu segmentul deficient, precum şi exercițiile cu segmentele învecinate, care amplifică mişcările corective ale deficienței primare. Exercițiile active vor fi bine localizate numai la segmentul deficient, pentru a nu crea alte deficiențe compensatorii (Exemplu: pentru corectarea lordozei lombare se vor executa mişcări de flexie ale trunchiului numai la nivelul regiunii lombare, coloana vertebrală toracală fiind fixată sau menținută în poziții corective). Aceste mişcări pot fi executate cu îngreunare – mingi medicinale, bastoane, gantere etc. – sau împotriva unei rezistențe manuale sau opuse forței gravitației.

Exercițiile segmentelor învecinate deficienței principale vor întregi sau corecta exercițiul principal. Astfel, membrele superioare în lordoza lombară vor lucra în plan posterior, pentru a evita compensarea cifotică a coloanei vertebrale dorsale, în timp ce membrele inferioare vor fi duse, menținute sau fixate în plan anterior, pentru corectarea poziției bazinului. De asemenea, aceste exerciții vor fi executate liber sau cu îngreunare diferită.

În cadrul exercițiilor corective, mişcările pot fi executate analitic, dar cele mai bune rezultate se obțin atunci când se execută exerciții combinate.

Exercițiile de respirație cu caracter corectiv se execută din poziții stabile. Se pot executa liber sau în timpul exercițiilor de trunchi şi membre superioare, din poziții simetrice sau asimetrice care să nu stânjenească mişcările toracelui. În general, exercițiile de respirație se vor introduce la sfârşitul părții introductive şi în partea fundamentală a lecției, după exercițiile corective mai grele.

Exercițiile aplicative cu caracter corectiv se folosesc pentru educarea sau reeducarea deprinderilor motrice de bază. Dintre cele mai bune exerciții aplicative cu conținut corectiv sunt exercițiile de mers, exercițiile de târâre, de echilibru şi suspensiuni. *Exerciții de mers corectiv* sunt introduse în partea introductivă şi finală a lecției de gimnastică medicală. Se vor folosi numai acele exerciții de mers cu structură corectivă pentru deficiența primară. De exemplu: mers pe vârfuri pentru corectarea cifozei, mers cu genunchii îndoiți şi trunchiul vertical pentru corectarea lordozei (mers ghemuit) etc.

Exerciții de târâre – se efectuează din poziții cu bază mare de susținere şi centrul de greutate foarte aproape de baza de sprijin care permit o localizare precisă a exercițiilor la nivelul segmentului deficitar şi angrenează în lucru grupe mari musculare. Exercițiile de târâre se execută din poziții fundamentale culcat, pe genunchi şi şezând, dar şi din pozițiile derivate ale acestora, executate simetric sau asimetric.

Exerciții de echilibru pot fi simple şi asociate, cu purtări de obiecte uşoare, determinând o solicitare simetrică a muşchilor antagonici.

Suspensiunile se pot realiza pasiv prin susținerea greutății corpului cu ajutorul diferitelor aparate sau pot fi realizate activ prin forța membrelor superioare. Astfel, pot să fie complete, când se realizează pe verticală, sau incomplete – pe plan oblic sau cu sprijinul membrelor inferioare. Suspensiunile active se pot executa simplu sau combinat – cu mişcări active (pendulări, răsuciri), cu redresări pasive-active.

Exercițiile de redresare constau în luarea unor poziții corective sau hipercorective şi menținerea lor pe o perioadă de timp bine determinată. Ele se pot executa pasiv sau activ. Trebuie subliniată importanța mare a exercițiilor corective, atât în condiții de repaus, cât şi în mers. *Redresările pasive* se pot însoți de tracțiuni şi presiuni imprimate asupra segmentului deficient de către profesor sau de unele aparate mecanice, cum este aparatul Zander. De asemenea, se poate asocia cu suspensiunile. Cele mai bune redresări pasive se obțin din poziția atârnat şi culcat. *Redresările active* constau, de fapt, dintr-o autocorectare progresivă a atitudinii corpului, imprimând şi menținând poziții corective prin încercări repetate şi insistente în fața oglinzii. Ele contribuie la formarea reflexului de atitudine corectă a corpului. Pozițiile cele mai indicate pentru executarea acestor exerciții sunt pozițiile stând şi şezând.

În cazul când un copil prezintă un **handicap psihomotor,** abordarea de tip recuperator trebuie să fie adecvată tipului de handicap şi posibilităților individuale ale copilului respectiv.

Astfel, în cazul unei **dominanțe încrucişate** sau al unei **ambidextrii**, de exemplu, pot apărea dificultăți şi probleme considerabile de dezvoltare. Aceste stări apar, într-adevăr, uneori, la copiii perfect normali, motiv pentru care este extrem de important să fie studiată încă din copilărie problema dominanței. Nu este imposibil ca un copil care are o dominanță încrucişată ochi-mână – cum ar fi, de exemplu, între ochiul stâng şi mâna dreaptă sau viceversa – să învețe să citească şi să scrie, dar

foarte frecvent chiar şi copiii cu o dezvoltare normală şi cu o inteligență superioară întâmpină dificultăți deosebite în cazul acestei dominanțe încrucişate. Există cazuri în care eşecul în deprinderea scrisului şi cititului este total, caz în care copilul va folosi scrierea în oglindă sau va învăța foarte greu cititul şi scrisul, deşi la aritmetică şi la alte discipline poate învăța foarte uşor.

Mâna dominantă poate fi stabilită observându-l pe copil când desenează sau când execută o activitate care presupune îndemânare, de pildă când mănâncă. Unii copii se pot folosi de una dintre mâini când este necesară o forță mai mare şi de cealaltă când trebuie să execute mişcări mai precise, aceasta din urmă fiind considerată mâna dominantă.

Piciorul dominant poate fi identificat cerându-i-se copilului să urce o treaptă, să coboare de pe un scaun, sau să lovească cu piciorul un obiect de mici dimensiuni, cum ar fi o cutie de chibrituri plasată vertical, piciorul folosit putând fi socotit dominant.

După cum am arătat, înainte de a decide cum să influențăm sau să modificăm o dominanță încrucişată, este important să stabilim dominanța pentru fiecare mână, picior, ochi sau ureche în parte. În nici un caz nu trebuie să încercăm să modificăm dominanța *principală* a copilului. De aceea, dacă observăm o dominanță de stânga evidentă la mână, ureche şi picior, dar o dominanță de dreapta la ochi, este preferabil să o modificăm pe aceasta din urmă, numai dacă nu există probleme vizuale. Celelalte preferințe fiind egale, în cazul unui copil cu dominanță de dreapta, el trebuie să fie ajutat să-şi definitiveze a dominanță atât la nivelul ochiului, cât şi al mâinii.

Când dominanța s-a stabilit deja temeinic la nivelul mâinii, este mai uşor să modificăm dominanța ochiului, dar înainte de aceasta este necesară o testare a acuității vizuale. Trebuie evitată exersarea dominanței unui ochi care este impropriu îndeplinirii misiunii sale.

Este de la sine înțeles că stabilirea corectă a dominanței îl poate scuti pe copil de greutăți în învățarea scrisului şi cititului, dar nu numai depăşirea acestui handicap şcolar acționează asupra stării emoționale, pentru că dominanța încrucişată însăşi generează o anumită nesiguranță emoțională la copil.

Aspectul emoțional al dominanței şi al lateralității este mult mai evident la *ambidextri*. Există cazuri în care, în ciuda unei dezvoltări normale a vorbirii, nu apare vreo dominanță la nici unul dintre nivelurile

menționate (mână, ochi, picior sau ureche). Dintr-un anumit punct de vedere s-ar părea că aceşti copii sunt avantajați, mai ales la tenis şi scrimă, deoarece capacitatea lor de a folosi la fel de bine ambele mâini îi dezavantajează pe adversari. Totuşi, acest fenomen trece adeseori neobservat nu numai de părinți şi de profesori, dar chiar şi de către copii. Apare aici o problemă aparent fără nici o legătură. Acest copil va fi acuzat că minte şi fură permanent, deşi este un copil adorabil, drăguț, care stabileşte relații bune, deschise, cu anturajul său. Părinții şi profesorul au făcut tot posibilul să-i corecteze această înclinație, acordându-i afecțiune şi sprijin continuu. De asemenea, îi explică consecințele posibile ale faptelor sale urâte şi i se aplică diverse pedepse, dar totul se dovedeşte zadarnic. Copilul continuă să fure tot ce doreşte, oriunde este posibil şi va minți totdeauna într-un mod inventiv, sfruntat, transparent totuşi. Într-adevăr, se pare că nici nu-i pasă dacă minciunile sale sunt sau nu credibile. Pur şi simplu el va spune o poveste şi nu va ezita să o schimbe complet când va fi pus în aceeaşi situație, indiferent de efectul pe care îl poate avea asupra ascultătorilor. El pare că nu are nici un fel de mustrări de conştiință. Va promite că nu va mai fura sau nu va mai minți, dar, cu prima ocazie, o va face din nou, datele problemei rămânând mereu aceleaşi.

Aceşti copii pot fi uneori recunoscuți la prima vedere. Fizionomia lor specifică constă într-o identitate aproape perfectă între cele două zone ale feței, stânga şi dreapta. Fața lor, cel mai adesea rotundă, seamănă oarecum cu aceea a unui pisoi. Dacă li se cere să scrie cu ambele mâini, se va evidenția ambidextrismul lor excepțional, de care adesea se vor minuna chiar şi ei.

Copiii încă mici, la care dominanța nu s-a definitivat, pot fi adesea ajutați să dobândească un anumit simț al comportamentului etic, antrenându-i în vederea instalării unei anumite dominanțe. Adevărata lor problemă decurge din faptul că nu pot diferenția dreapta de stânga, ceea ce este adevărat de ceea ce este fals, ceea ce este bun de ceea ce este rău, distincția aceasta rămânând vagă şi nedeterminată.

Luni întregi şi uneori chiar ani sunt necesari pentru a-i ajuta pe aceşti copii să-şi dezvolte suficient perseverența şi voința care permit stabilirea unei dominanțe clare şi definitive. Dacă se reuşeşte, izbânda este de ordin moral, iar copilul o va resimți ca pe o victorie personală. Din nefericire, după pubertate această victorie devine aproape imposibilă.

Un alt handicap psihomotor, extrem de sever, este **paralizia cerebrală**, ale cărei simptome caracteristice sunt spasticitatea, mersul forfecat şi mişcările involuntare. Există o clasificare a paraliziei în: **tetraplegie, paraplegie** şi **hemiplegie**, aceasta din urmă însemnând paralizia unei singure laturi a corpului, fie stânga, fie dreapta, atât braţul cât şi membrul inferior de pe aceeaşi parte putând fi paralizate. În cazul paraplegiei sunt afectate, în aceeaşi măsură sau nu, fie ambele braţe, fie ambele membre inferioare. În sfârşit, în cazul tetraplegiei sunt afectate atât braţele cât şi membrele inferioare, existând posibilitatea ca unul dintre ele să fie mult mai sever afectat.

Se poate constata că, în oricare dintre aceste forme de paralizie, perceperea şi integrarea spaţială a copilului sunt implicate în mod fundamental. În cazul hemiplegiei este afectată orientarea laterală. În cazul paraplegiei, orientarea verticală este redusă. În cazul tetraplegiei este deficitară orientarea pe direcţia sagitală. Aceasta din urmă reprezintă un fenomen deosebit de impresionat. Faptul că un copil nu poate avea siguranţa unei experienţe proprii în orientarea stânga-dreapta, faţă-spate este manifestat în expresia de anxietate intensă ce poate fi citită pe faţa lui şi care arată că el este iremediabil condamnat la o orientare pe direcţia frontală. În ce priveşte categoriile **calitative** ale paraliziei, se poate vorbi despre patru elemente separate care, în majoritatea cazurilor, se combină între ele, ducând la o formă finală de paralizie. Totuşi, ele pot şi trebuie să fie analizate separat.

Este vorba mai întâi de *spasticitate,* care se caracterizează prin înţepenirea unui membru sau a unei articulaţii şi prin contractarea muşchilor. Membrul respectiv poate fi totuşi mişcat, dacă se procedează cu blândeţe şi lent. Totuşi, dacă viteza de mişcare creşte sau dacă apare o presiune bruscă, rigiditatea se accentuează şi sporeşte gradul de contractare a muşchilor. Starea spastică poate fi mai exact descrisă ca o stare de crampă şi de contracţie musculară extremă şi permanentă.

A doua formă a paraliziei cerebrale, *atetoza*, se caracterizează prin mişcări involuntare, adesea răsucite sau spiralate, asemănătoare unduirii plantelor sau viermilor. Specificitatea formei *atactice* constă în mişcări exagerate, care nu-şi ating scopul. O reacţie de răspuns la un stimul se traduce prin contracţii musculare destul de adecvate, dar insuficient compensate de mişcarea muşchilor antagonici. Astfel, mişcarea care rezultă „trece de ţintă”. În sfârşit, *forma rigidă* a paraliziei cerebrale

permite numai mişcări de foarte mică amplitudine, impresia generală fiind aceea că membrele întâmpină o rezistență extrem de mare.

Trebuie remarcat că nici unul din cele patru tipuri nu se conformează strict concepției generale de paralizie, care presupune o incapacitate motorie absolută. Se poate observa totuşi că simptomele paraliziei cerebrale reprezintă forme patologice ale *mişcării*, în care mişcarea este cel mai adesea distorsionată mai curând datorită unei *supra-activități* musculare decât din cauza lipsei acesteia.

Incapacitatea totală de a executa vreo mişcare musculară – aşa-numita **paralizie flască** – este tipică pentru leziunile nervoase periferice de la nivelul măduvei spinării sau al membrelor, dar ea nu apare în paralizia cerebrală.

Când ne ocupăm de aceşti copii trebuie să ținem seama de hipersensibilitatea lor accentuată şi să evităm stimulii senzoriali bruşti, intenşi şi violenți, iar în cazul copilului suferind de atetoză, stimulii emoționali excesivi. În acest sens au fost elaborate diverse exerciții ale pedagogiei curative şi fizioterapii speciale, multe din ele luând în considerare problema separării capului de procesele motorii ale corpului. Acest procedeu s-a dovedit destul de util copilului mic suferind de paralizie.

Totuşi, *fizioterapia şi euritmia curativă*, două dintre cele mai importante terapii, necesită îndrumări şi control medical. Nu este însă mai puțin adevărat că o abordare generală a problemelor copiilor paralitici ar avea mult de câştigat dacă s-ar înțelege situația specifică a copilului respectiv, precum şi modul în care el se percepe pe sine şi dacă va accepta faptul că el este prizonierul experienței sale senzoriale.

Un alt avantaj curativ decurge din considerarea acelei sensibilități care ar trebui să se rezume esențialmente la față şi la cap, dar care se extinde asupra întregului corp. Atunci când atingem membrele unui copil afectat de paralizie cerebrală, trebuie să procedăm cu tot atâta delicatețe ca atunci când îi atingem fața. La fel, dacă nu ne aflăm în raza lui vizuală, nu-i vom împinge niciodată scaunul cu rotile fără a-l preveni. Trebuie mai întâi să ne facem cunoscută prezența şi intențiile. Modul de abordare trebuie să fie în general delicat, blând, gradat. În acest scop, se dovedesc utile exercițiile de auto-observare a propriilor mişcări în fața oglinzii. Ele permit sensibilității senzoriale şi mişcării să se disocieze.

Dacă privim cu înțelegere situația unui copil paralizat, vom observa că el este nu numai hipersensibil, dar şi lipsit de experiența sinelui, a

identității sale corporale pe care o persoană sănătoasă o câştigă prin simțul tactil, prin mişcare, prin senzația de confort şi de echilibru. Aceste simțuri operează în cea mai mare parte în imediata apropiere a pragului conştient, sau chiar sub acest prag şi sunt cruciale pentru securitatea fizică, gradul de confort şi eficiență. În cazul unui copil paralitic, aceste experiențe fundamentale sunt absente.

Fenomenul mersului forfecat este deosebit de revelator în privința diferențierii funcționale între cap şi corp.

Atât în abordarea generală a paraliziei cerebrale la copii, cât şi în cea educațională, nu trebuie să uităm că acesta simte nevoia unei anumite siguranțe în orientarea spațială şi a unui ajutor pentru a putea percepe imaginea propriului corp. Toate acestea se pot realiza într-o mare diversitate de moduri.

Mai există o carență, foarte diferită de paraliziile cerebrale, care poate afecta grav dezvoltarea motorie a copilului. Este vorba despre **hipotonie**. Etiologia acestei stări patologice nu este cunoscută cu precizie, dar pare să fie şi ea, în multe cazuri, de origine cerebrală. Copilul care suferă de hipotonie nu-şi va ridica capul şi nu-şi va folosi mâinile şi brațele la timpul cuvenit. El va rămâne în poziția culcat. Se întâmplă uneori ca nici atunci când ajunge la vârsta şcolară să nu se poată ridica în picioare. Această afecțiune se poate combina cu o întârziere în dezvoltarea generală şi situația poate fi de o gravitate extremă. Uneori pot fi remarcate simptomele unei uşoare spasticități, dar principalul simptom este total opus spasticității şi constă într-o atonie musculară, o inerție generală şi o lipsă totală de vigoare. În alte privințe copilul poate părea relativ normal, uneori somnoros şi apatic.

Modul în care abordăm un copil cu hipotonie trebuie să fie complet diferit de cel folosit în cazul copilului cu paralizie cerebrală. Dacă se urmăreşte dezvoltarea motorie şi dezvoltarea generală, atunci va fi nevoie de o stimulare permanentă şi destul de intensă. De mare importanță este stimularea frecventă şi continuă a reflexului primar al apucării, cât şi a celui planetar. Un mijloc util îl reprezintă în acest caz exercițiul prin care copilul este pus să stea desculț pe un băț rotund. Copilul cu hipotonie nu poate fi ajutat decât printr-o *stimulare perseverentă atât a activității motorii, cât şi a vorbirii*. Şi în acest caz, chineziterapia trebuie făcută sub control medical.

Aşadar, în funcție de tipul de deficiență fizică sau psihomotorie, de vârsta persoanei respective, de potențialul ei fizic şi psihic se va proceda la o modalitate sau alta de intervenție de tip recuperator.

REZUMAT

Deficiențele fizice *sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma şi funcțiile fizice ale organismului, care tulbură creşterea normală şi dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile şi puterea de adaptare la efortul fizic şi diminuează capacitatea de muncă productivă a individului.* **Deficiențele fizice** se constituie, deci, ca invalidități corporale care slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă de handicap cuprinde atât **infirmii motorii sau locomotori** (de motricitate), cât şi pe cei care suferă de unele **boli permanente – cronice** (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică a individului. În această categorie pot fi încadrate şi persoanele cu **afecțiuni senzoriale** (surzii şi orbii), ținând cont de particularitățile lor specifice deosebite.

Cauzele deficiențelor fizice şi psihomotorii se prezintă sub o mare varietate şi pot să afecteze în grade diferite organismul. Pot fi sistematizate, după **diferite criterii,** în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, al *originii*, *cauzele* pot fi împărțite în interne şi externe. Cauzele ***interne*** sunt determinate de procesele de creştere şi de dezvoltare, de natura funcțiilor somatice, organice şi psihice, iar cauzele ***externe*** sunt raportate la condițiile de mediu, de viață şi de educație ale individului. În funcție de *caracterul direct/indirect* există cauze cu ***acțiune directă***, care interesează elementele proprii ale deficienței, şi cauze ***indirecte,*** care produc o afecțiune sau o deficiență morfologică sau funcțională. Frecvent se utilizează şi criteriul de împărțire a ***cauzelor în predispozante (favorizante) şi determinante (declanşatoare).*** Cauzele favorizante sau predispozante (care pot cauza deficiențe fizice) sunt în legătură cu ***ereditatea***, cu ***influențele nocive*** pe care le suferă organismul fătului în ***viața intrauterină*** etc. **Factorii determinanți (declanşatori)** sunt cei care prin apariția şi acțiunea lor **determină** dezvoltarea

deficiențelor fizice și psihomotorii. Ei pot acționa ***în perioada intrauterină***, ***în timpul travaliului*** sau ***în perioada copilăriei***.

Deficiențele fizice sunt grupate, alături de **deficiențele senzoriale,** în categoria **deficiențelor somatice** sau **biologice** după mai multe criterii: **prognosticul** (evoluția) deficienței fizice (**deficiențe neevolutive** – statice, fixate definitiv, foarte greu de corectat – și **deficiențe evolutive** – care progresează sau regresează, putând fi corectate, într-o proporție mai mare sau mai mică, mai ușor sau mai greu), **gravitatea** (**deficiențe fizice ușoare,** care se pot corecta destul de ușor și total – ex.: deficiența cifotică, gâtul înclinat lateral sau înainte etc., **deficiențe de grad mediu** în care sunt înglobate defectele morfologice și funcționale staționare sau cu evoluție lentă, care se corectează parțial sau rămân nemodificate – ex.: cifoze, lordoze, deformații ale abdomenului, toracelui etc. și **deficiențe accentuate** care constau în modificări patologice ajunse într-un stadiu avansat de evoluție – ex. malformațiile aparatului locomotor), **localizarea și efectele deficienței** (deficiențe morfologice și deficiențe funcționale). Ambele categorii mari de deficiențe pot fi subîmpărțite în funcție de întinderea și de profunzimea deficienței în: **deficiențe globale** (generale sau de ansamblu) **și deficiențe parțiale** (regionale, segmentare sau locale).

E. Verza clasifică deficiențele morfologice globale în: *deficiențe de creștere*, de *nutriție, de atitudine, deficiențe ale tegumentelor, ale musculaturii, oaselor sau articulațiilor*. A doua categorie de deficiențe fizice morfologice sunt deficiențele morfologice parțiale în care sunt incluse: *deficiențe ale capului, ale feței, deficiențe ale gâtului, trunchiului/toracelui, ale abdomenului* etc. A doua mare clasă de deficiențe fizice este reprezentată de deficiențele funcționale în care includem: *deficiențe ale aparatului neuromuscular* (diferitele forme și grade de paralizii, tulburările de mers, de echilibru, de ritm, de coordonare a mișcărilor) și *deficiențe ale marilor aparate și funcțiuni ale organismului* (ex. ale aparatului respirator).

În ce privește **recuperarea deficiențelor fizice**, trebuie avut în vedere faptul că înainte de a corecta/trata o deficiență fizică este bine *să prevenim* apariția ei prin măsuri de îngrijire primară și secundară (ex. vaccinări – împotriva bolilor transmisibile, asanarea solului, aprovizionarea cu apă, examene medicale periodice ale gravidei și copilului, supravegherea regimului nutrițional etc.), la care se adaugă și cele cu caracter terțiar care împiedică transformarea unei incapacități în handicap

(incluse în programele de readaptare a copilului/adultului cu defiiență). Atunci când există deja o deficiență motorie (fizică), *demersul corector* debutează prin *evaluarea potențialului psihomotor al copilului*, pentru ca ulterior importantă să fie educația copilului deficient fizic, implicit şi *educația familiei lui*. Pe lângă *terapia de tip psihologic* (realizată individual sau în grup – cu grup suportiv), în recuperarea deficienților fizic se apelează cu precădere la corectarea deficienței (acolo unde se poate) prin *exerciții de gimnastică, fizioterapie, prin kinetoterapie, reflexoterapie, acupunctură* etc. În cadrul aspectelor de consiliere psihologică trebuie să abordăm şi problema **impactului psihologic al deficienței fizice asupra copilului.** *Acest impact este diferit, în funcție de grupa de vârstă şi de tipul handicapului.* Importante sunt şi **reacțiile copilului la boală şi mai ales la durere**. **Recuperarea fizică** – exercițiul fizic – folosită în scop profilactic, dar mai ales corectiv, influențează nu numai forma şi structura țesuturilor corpului omenesc, ci echilibrează concomitent funcțiile fiecărui organ, realizând o stare de sinergie şi de solidaritate funcțională. Aşadar, în funcție de tipul de deficiență fizică sau psihomotorie, de vârsta persoanei respective, de potențialul ei fizic şi psihic se va proceda la o modalitate sau alta de intervenție de tip recuperator.

CONCEPTE – CHEIE

- *Deficiență fizică* = abatere de la normalitatea corporală (formă şi funcții), care afectează creşterea şi dezvoltarea normală a organismului, modifică aspectul exterior, reduce puterea de adaptare la efortul fizic, diminuând capacitatea de muncă a individului.
- *Psihomotricitatea* = funcție complexă care integrează şi subsumează manifestările motrice şi psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese şi funcții psihice care asigură atât recepția informațiilor, cât şi execuția adecvată a actului de răspuns.
- *Schema corporală* = reprezentarea mai mult sau mai puțin globală, mai mult sau mai puțin ştiințifică şi diferențiată pe care o are copilul despre propriul său corp, considerând că ea nu este un dat inițial, nici o entitate biologică sau fizică, ci rezultatul unor raporturi adecvate ale individului cu mediul.

• *Lateralitatea* = cunoaşterea de către individ a celor două părți ale corpului (stângă şi dreaptă), exprimând inegalitatea funcțională a părții drepte sau stângi a corpului ca o consecință a diferenței în dezvoltare şi a repartiției funcțiilor în emisferele cerebrale.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Care sunt factorii-cauză ai deficiențelor fizice şi cum putem preveni apariția lor?
2. Imaginați un demers recuperator în cazul unui pacient cu hemiplegie.
3. Ce obiective trebuie să urmărim în terapia de tip psihologic a deficiențelor fizice?

EXTENSII TEORETICE

Sindromul hiperkinetic (hiperactiv)

Simptomele acestui sindrom (exasperante şi sâcâitoare) sunt produsul unui proces inflamator la nivelul creierului copilului (encefalită). *Copilul hiperkinetic*, agitat, violent, se situează la polul opus *copilului paralitic*, înțepenit, izolat, apatic. Vorbirea hiperkineticului poate fi normală, clară, neinhibată sau poate fi limitată sau complet absentă. În mod obişnuit, mişcările ample ale corpului sunt bine dezvoltate, dar se observă o lipsă de coordonare a celor care necesită precizie. Stările convulsive de tip „petit mal” sau crizele de tip epileptiform nu sunt ceva neobişnuit la acest copil. O altă caracteristică prezentă este legănatul, fie el lateral, frontal, în picioare sau aşezat, cu aplecare până la pământ sau stând în genunchi şi pe coate şi izbindu-şi fruntea de saltea sau de podea. Adesea este prezent un alt simptom ciudat: *accelerarea ritmului respirator*. Somnul poate fi şi el tulburat, aşa cum pot apărea şi probleme de alimentație, zbucium fără rost, obiceiuri bizare, capricii alimentare. Hiperkineticul se distinge, de asemenea, printr-o *lipsă de concentrare a atenției*, el putând fi uşor de distras de la o activitate sau preocupare. Masturbarea se poate prelungi excesiv în tinerețe, iar stimularea senzorială, îmbrăcând variate forme, ia proporții care depăşesc normalul, apropindu-se de obsesie. Deşi facultățile intelectuale ale copilului

hiperkinetic nu sunt grav afectate, se poate remarca totuşi un anumit grad de deteriorare cognitivă.

Cum lucrăm cu un copil cu asemenea trăsături? La baza educației lui trebuie să stea ideea că acesta are nevoie de spațiu şi de posibilități reale pentru a-şi descărca energia şi forța fizică, cu scopul ajutării altor persoane (fiind motivat de asemenea acțiuni). Este necesar să întărim la acest copil detaşarea şi prudența, să nu-l expunem la foarte mulți stimuli, mai ales noi (aşadar, metodele educative moderne, bazate pe stimulare intensă, constantă, se dovedesc dezastruoase pentru hiperkinetic). El are nevoie de un mediu armonios, care să-i ofere stabilitate, de situații bine definite. Esențiale sunt dragostea şi grija părintească, care trebuie menținute chiar şi atunci când situația impune îndepărtarea temporară a copilului. Un exercițiu util şi eficient în lucrul cu copilul hiperkinetic este cel al *perceperii formelor „în oglindă”* (ex: copilul trebuie să meargă pe un traseu – linie – un număr de paşi într-o direcție şi apoi trebuie să refacă forma traseului – ca în oglindă – în direcția opusă) sau al *vorbirii „în oglindă”* (cuvinte/propoziții pronunțate în ordine firească, apoi inversate).

BIBLIOGRAFIE

1. ALBU A., ALBU C., *Asistența psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*, Ed. Polirom, 2000.
2. FOZZA C., A., *Îndrumar pentru corectarea deficiențelor fizice*, Ed. Fundației *România de Mâine*, Bucureşti, 2002.
3. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată*, Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
4. ROBĂNESCU N., *Readaptarea copilului handicapat fizic*, Ed. Medicală, 1976.
5. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților*, Ed. Universității Bucureşti, 1990.
6. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
7. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8, Ed. Universității Bucureşti, 1988.
8. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universității Bucureşti, 1987.
9. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale*, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
10. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

5. **TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT**

5.1. **Definirea tulburărilor de comportament**

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor adaptative, obiectiv-observabile, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimulii din ambianță (Tilquin). Comportamentul este, aşadar, expresia exterioară a raporturilor dintre individ şi mediu, a echilibrului pe care individul îl realizează în procesul dinamic de integrare în viața socială şi care este obiectivat, de regulă, într-un sistem de fapte sau de acțiuni supuse unei aprecieri morale. Mai putem defini comportamentul ca fiind conduita unui subiect luat în considerare într-un mediu şi timp date, având semnificație adaptativă şi întotdeauna subordonându-se unui sens (scop).

Pe fondul interacțiunii copilului cu şcoala, cu familia, cu grupurile de prieteni, sau de cunoştințe etc., pot apărea **comportamente adaptative,** sau, dimpotrivă, se pot contura comportamente dezadaptative, aflate în conflict cu normele sociale (unanim acceptate de societate) care cultivă un tip de „comportament normal”.

Comportamentul copilului/adolescentului este puternic influențat de-a lungul ontogenezei lui de dezvoltarea psihogenetică a individului şi de mediul social în care acesta trăieşte şi munceşte.

Tulburările de comportament sau modificările de comportament sunt forme de dezechilibru psihic, ce implică tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994). Aceste devieri de conduită sunt, aşadar, nu doar abateri de la normele stării de sănătate, ci şi de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale.

Criteriile de diferențiere ale unui comportament normal față de un comportament deviant diferă foarte mult de la o cultură la alta, de la o epocă la alta. În literatura de specialitate, în afara termenului de „tulburare de comportament” (adoptat de Comisia de Nomenclatură a Congresului Mondial de Psihiatrie Infantilă din 1950), există numeroase alte denumiri folosite pentru a desemna aceeaşi realitate. Astfel, Yonbrel vorbeşte despre „copilul rău”, Wallon despre „copilul turbulent”, Beaujean despre „copilul revoltat”, Lafon despre „inadaptare juvenilă” etc. (R. Răşcanu, 1994). În țara noastră, R. Răşcanu, în 1980 a introdus termenul de „sindrom comportamental” sau „comportamentism”.

5.2. **Caracterizarea persoanei cu tulburare de comportament**

Persoana cu tulburare de comportament se deosebeşte de cea normală prin faptul că acest tip de conduită este oscilantă, pendulând adeseori între agresivitate, iritabilitate, tendințe necontrolate şi necenzurate, lipsa stăpânirii de sine şi neevidențierea autocontrolului.

Putem afirma că adolescentul/tânărul cu tulburări de comportament îşi dezvoltă anumite **trăsături de personalitate** specifice, diferite de cele ale individului cu un comportament normal: *modificări la nivelul structurilor morale* (referindu-ne de fapt la lipsa valorilor morale sau la influența negativă a celor imorale), *modificări la nivelul relațiilor afective* (frecvent fiind prezente atitudini de ostilitate, de neîncredere sau agresivitate), *scăderea pragului de toleranță la frustrație* (din cauza *egocentrismului ridicat* orice renunțare la ceva care-i produce plăcere este percepută ca agresiune asupra propriei persoane), *perturbarea sentimentelor de culpabilitate* (care fie nu există, fie iau forma unei sfidări, culpabilitatea fiind puternic interiorizată), existența unor puternice sentimente de *devalorizare* (cel în cauză autopercepându-se ca fiind o „non-valoare” – apreciere întărită frecvent atitudinal şi verbal şi de cei din jur şi continuând să repete comportamente negative tocmai pentru că nu-l crede nimeni bun de ceva sau capabil să se schimbe), a unor *sentimente acute de injustiție* (responsabilitatea pentru comportamentele sale fiind atribuită altor persoane, sistemului, societății – „mi se face o cruntă nedreptate”). La aceste particularități specifice persoanei cu tulburări de comportament putem adăuga şi existența *contrarietăților Eu-lui*, acesta, pe de o parte, caracterizându-se printr-o *slabă consistență şi echilibru*

intern (mascate frecvent prin manifestări perturbatoare gen mânie, negativism, minciună etc., care indică *fals* puterea sau forța Eu-lui, a persoanei) şi pe de altă parte, printr-o *alterare a relaționării* cu persoanele iubite (acestea devenind doar obiect de satisfacere egoistă a nevoilor personale şi nu parteneri de comunicare sau de contopire spirituală). În plus, pot apărea şi *tulburări de cunoaştere,* persoana în cauză trăind exclusiv în prezent, faptele actuale fiind percepute de sine-stătător, fără nici o legătură cu experiența trecută, astfel că realitatea în care se înscrie persoana cu aceste tulburări este una eminamente actuală. Pe acest fond, tulburările de comportament aduc cu ele şi *perturbările de apărare*, acestea fiind frecvent de *tip defensiv*, centrate fie pe găsirea unor scuze sau a unor mijloace/căi de a scăpa de o acuzație sau dintr-o situație neplăcută, fie pe identificarea – reală sau imaginară – a unui vinovat („țap ispăşitor") al actelor sale, fie pe găsirea unui aliat puternic (care să-l sprijine în acțiunile sale). De asemenea, mecanismele de apărare ale celor cu tulburări comportamentale sunt orientate spre găsirea de rezistențe la schimbare (mai ales în fața tentativelor de reeducare, interpretate frecvent ca atac direct la securitatea interioară) şi spre descoperirea sau inventarea de puncte slabe, negative la o persoană valoroasă, cu influență pozitivă puternică în grup.

Tulburările de comportament produc adeseori şi *deformarea conceptului de libertate*, care, în interpretarea persoanei cu asemenea comportament, înseamnă lipsa oricărei restricții, a oricărei exigențe sociale, inexistența oricărei reguli, „libertatea" fiind considerată în acest context sinonimă cu „hiperautonomia" (fiind de fapt o accentuată tendință spre anarhie). *Sentimentele umanitare*, pe fondul tulburărilor de comportament sunt denigrate, persoana respectivă manifestând o opoziție fățişă față de sentimente de tipul milei, înțelegerii, respectului etc., ridiculizându-le, luându-le în bătaie de joc sau atacând persoanele din jur care le manifestă în comportament (pe care, de altfel, le consideră „slabe").

Imaginea de sine a tinerilor cu tulburări comportamentale este inadecvată şi săracă în privința structurării conținutului ei. Semnalăm între caracteristicile ei o serie de itemi cu tendința de condensare în subsisteme operaționale la nivel psihosocial:

– operare preponderent cu pseudovalori;
– precaritate şi inadecvență valorică;

– imaturitatea structurilor psiho-afective şi sociale ale personalităţii;
– inconsistenţa calitativă a conştiinţei de sine;
– imaturitatea socială exprimată în mod precar la nivel vocaţional şi axiologic;
– realizarea falsă a imaginii de sine.

Acest mare şi grav *deficit de maturizare socială* generează la nivelul psihicului disfuncţii şi chiar diverse forme de dispersie. Marele deficit de la nivel axiologic imprimă, printr-o dinamică specială a intereselor, o înclinare a tinerilor şi a adolescenţilor către trasee facile de ascensiune, de realizare: fuga către venit uşor (mai ales după 1990 la noi în ţară şi în condiţiile trecerii spre economia de piaţă), tentaţia agonisirii banilor fără scrupule şi numai cu un calcul egoist etc.

Este ştiut şi acceptat faptul că atât în planul normalului, cât şi al patologicului fiinţează un sistem de aspiraţii în care sunt posibile disfuncţionalităţi rezultate din discrepanţa între aspiraţii şi performanţe. La adolescenţii şi tinerii cu tulburări comportamentale, prezentând o imaturizare psiho-afectivă, persistă, de fapt, o necristalizare şi o disfuncţionalitate a elementelor structurale în planul personalităţii.

Dispersia intereselor şi a aspiraţiilor, consecinţă a disfuncţiei prin defect psihosocial, induce o devitalizare a câmpului de aspiraţii, fapt care paralizează orizontul ascensiunii umane. Astfel, se sesizează elemente de bruiaj comportamental, care pot fi cotate între tendinţa tânărului spre şocant, spectaculos în sine şi elemente de falsă reuşită, de încercări nereuşite la şcoli, facultăţi, în căsnicii etc. Toate acestea sunt cauzate de imposibilitatea realizării unor mesaje de feed-back autentice, sau de desele „ricoşări" de pe orbitele funcţionale normale.

Această structură de personalitate a adolescenţilor cu tulburări comportamentale se evidenţiază printr-o slăbiciune şi o fragilitate psiho-emoţională, printr-un tip de neconvergenţă faţă de frânele voliţionale, faţă de normalitate. Această neconvergenţă se traduce prin performanţe foarte inegale la nivelul atenţiei, al memoriei, dar şi prin hiperemotivitate, instabilitate, impulsivitate, elemente paroxistice la nivelul global al personalităţii. Pe celălalt palier al ecuaţiei formării psihice se găseşte mediul social faţă de care adolescenţii devianţi îşi comandă conduita, structurându-şi reacţii dintre cele mai variate (faţă de situaţiile pe care le traversează în grup, în societate). Cel mai adesea se pot întâlni reacţii

nonadaptabile şi un fel de impromptitudine la stimulii din mediu („impromptitudine situaţională”).

Se ştie că la normalitate dezvoltarea psihogenetică este asimilată cu armonia, cu echilibrul. Faţă de acestea, în tulburările de comportament, în devianţă găsim o dizarmonie a conduitelor, o dispersie a structurilor psihofizice, o neconvergenţă şi o inadaptare în plan socio-moral.

Esenţa tulburărilor de comportament în perioada 17-25 ani constă chiar în fenomenul dispersiei psihice, care le generează, concomitent cu inadaptarea şi dezadaptarea. Dispersia psihică structurală la nivelul proceselor psihice bazale (atenţie, memorie), distrugând unele valenţe operaţionale (la nivelul gândirii) şi determinând proiectări la nivelul întregii personalităţi induce „derapări” ce pot coincide cu comportamentalismul, cu delicvenţa şi cel mai adesea se identifică cu dezadaptarea.

Aspectele medico-profesionale ilustrate de diferitele cercetări reliefează caracterul nestructurat al personalităţii comportamentalilor, slaba lor inserare socială, accentuând necesitatea efectuării expertizelor medico-legale psihiatrice până la 24-25 ani.

5.3. **Incidenţa tulburărilor (devierilor) de conduită (de comportament)**

Nu există în literatura ştiinţifică suficient de multe date calculate pe întreaga populaţie infantilă a ţării pe sexe, vârste şi mediu social, pentru a putea afirma care este în România frecvenţa acestor tulburări de comportament. Totuşi, s-au făcut studii pe adolescenţi şi copii (vezi I. Străchinaru sau R. Răşcanu) care au arătat că *pe sexe*, distribuţia tulburărilor de comportament se exprimă în favoarea băieţilor faţă de fete (unele studii arată un procent de 2 ori mai mari la băieţi, în timp ce altele indică preponderenţa 9/1), în timp ce, *pe vârste*, curba frecvenţei cazurilor este mai accentuată între 7 – 15 ani. Ca *răspândire teritorială*, diferenţa dintre mediul urban şi cel rural este cu mult în favoarea primului (de 4 ori mai mare fiind procentul de copii/adolescenţi cu tulburări de comportament la oraş), poate şi pentru că, la sate, spre deosebire de mediul urban, supravegherea copiilor de către părinţi este mai strictă, continuă, aceştia din urmă antrenându-şi copiii în munci productive, dându-le astfel ocupaţii precise de la o vârstă fragedă.

Apariția tulburărilor cu caracter dizarmonic, devenite trăsături psihopatice, se poate ordona în funcție de perioadele caracteristice ale evoluției vieții psihice – în funcție de vârstă:

– *în prima copilărie şi în preşcolaritate,* viitorul psihopat adult manifestă trăsături de comportament îngrijorătoare, exprimate la început prin aberații minore care se pot amplifica până la manifestări antisociale. De obicei, acestea sunt privite ca dificultăți infantile, dificultăți de adaptare, manifestări deviante. Aceşti copii se caracterizează premorbid prin reacții coleroase însoțite de agresivitate, instabilitate psihomotorie, hiperkinezie, impulsivitate, astfel că ei sunt remarcați, fiind capricioşi, egoişti şi dornici de a se impune cu orice preț, sensibili la laudă, sugestibili;

– *la vârsta şcolară,* tulburările, de obicei, se accentuează în paralel cu dificultățile de încadrare în disciplina colectivului clasei, apărând dificultăți de învățare, survenite din cauza preferinței copilului de a se juca în loc de a învăța, apoi de a frecventa cinematografele pentru a viziona filme cu conținut violent. În timp, ajungând la un decalaj informațional negativ serios în raport cu colegii, copilul cu tulburări de comportament încearcă să compenseze acest handicap prin diferite acte pe care el le consideră de bravură: turbulență la ore, insultarea cadrelor didactice sau a adulților. Aceşti şcolari devin adevărate probleme atât pentru părinții lor, cât şi pentru educatori, care au tendința de a-i trata intempensiv prin măsuri drastice. Ca urmare, manifestările comportamentale negative se accentuează, se îmbogățesc şi din cauza facilității cu care aceşti copii îşi însuşesc exemplele „rele” (de fapt, modalități de conduită mai apropiate de cea personală, *după principiul celui mai mic efort)*;

– *la pubertate,* incidența şi gravitatea tulburărilor de comportament cresc datorită modificărilor în reactivitatea nervoasă şi a relațiilor noi cu mediul, relații care tind să devină tot mai tensionante şi conflictuale.

Manifestările reactive pot apărea şi la tinerii cu un comportament anterior normal, aceştia putând prezenta reacții de *opoziție* (față de atitudinea severă parentală), de *demisie* (absenteism şcolar cauzat de eşec, parazitism şcolar cauzat de ratări succesive, parazitism social), de *compensare* (în fond supracompensare) față de lipsa unor satisfacții în viața de familie sau în cea şcolară (vagabondaj, alcoolism, excese sexuale sau reacții de imitație: fumat, furt, consum de drog).

5.4. **Etiologia tulburărilor de comportament**

Unele tulburări de comportament trec neobservate (neafectând nici persoana respectivă, nici relațiile ei cu cei din jur), în timp ce altele, dacă rămân, se permanentizează şi se transformă în *tulburări de* personalitate la vârsta adultă. Multe dintre tulburări de comportament se instalează la vârstă mică, în copilărie, întrucât atunci structura personalității este fragilă, uşor de influențat de către alții (mai ales în sens negativ).

Cauzele incriminatorii pentru apariția tulburărilor de comportament sunt extrem de numeroase, de variate şi de complexe.

Putem grupa cauzele acestor devieri ale conduitei în mai multe categorii mari:

1. **Boli organice**
2. **Boli psihice ale minorilor**
3. **Cauze genetice**
4. **Particularități ale mediului înconjurător** (ambiant)
5. **Particularități de personalitate**

1. **Bolile organice** răspunzătoare de instalarea tulburărilor de comportament sunt: **epilepsia**, **traumatismele cranio-cerebrale** şi **oligofreniile**.

a. Epilepsia – ca suferință centrală, globală – imprimă, în timp, trăsături particulare personalității bolnavului, indiferent de originea şi natura lezională a suferinței devenită cronică. Interesant este faptul că subiecții cu deviantă comportamentală, recrutați dintre cei cu epilepsie (având crize comițiale, urmare a unor leziuni centrale, mai ales temporale), afişează modificări comportamentale care devin trăsături de personalitate. Mai semnificative sunt: a) *vâscozitatea afectivă*; b) *adezivitate* şi c) *bradipsihie* – pe fondul lor putând să apară manifestări agresive explozive, manifestări coleroase, ca şi descărcări psihomotorii, reacții neurovegetative secundare activării instinctelor primare, manifestări disforice, dar mai ales acte de natură antisocială.

În perioadele intercritice, precum şi postcritice, se instalează o serie de înclinații patologice: atitudini manifest ostile față de anturaj (peste care se suprapun tendințele sadice), vagabondajul, înclinația către furt, piromania, minciuna, ca şi consumul de alcool în exces, tentația distrugerii etc.

După unii autori, predispoziția la crize de mânie, de furie, revendicare în replică la cauze neînsemnate devine o trăsătură constantă şi reprezintă aproape 40-100 % dintre motivele pe care le constată specialistul la internarea în spitalele de profil a unor adolescenți, turbulenți, epileptoizi ca structură.

Caracteristic epilepticului, care poate săvârşi acte de tip devianță comportamentală ce vizează legea penală, este faptul că descărcarea prin acte de mare agresivitate şi cruzime nu aduce după sine regretul sau sentimentul de vinovăție din partea acestuia.

Modificările psihice apar de regulă după câțiva ani de la traumatism şi sunt influențate mai puțin de sediul leziunii cât de întinderea ei.

Sechelele psihice pot fi de tipul: cefalee, vertij, insomnii, iritabilitate, agresivitate, tendință de violență, diminuarea atenției şi a memoriei, sensibilitate accentuată la zgomote.

Se pot decela:

- sindroame psihotice – cu localizare frontală, cu note de agresivitate şi crize de mânie;
- sindromul subiectiv traumatic – cu tulburări psihice de ordin intim, de trăire personală, subiectivă;
- nevrozele, psihozele şi demențele cu toate implicațiile lor comportamentale, în instalarea cărora traumatismului cranio-cerebral are un rol favorizant.

b. Oligofreniile sunt înțelese de cei mai mulți specialişti ai domeniului ca stări de nedezvoltare psihică sau de dezvoltare psihică incompletă, de cauzalitate multiplă, în care coeficientul intelectual este cuprins între IQ = 0 – 69, unii înglobând aici şi liminarii cu IQ = 70 – 89 (ceea ce ar corespunde unui nivel mintal de maximum 12 – 14 ani).

Minorul oligrofen, mai ales imbecilul (oligofrenie gr. II), poate comite infracțiuni al căror caracter particular reiese din absurditatea actului, acesta fiind caracterizat printr-o sugestibilitate crescută. Aceste note specifice ale conduitei delincventului nedezvoltat psihic (mintal) explică existența aproape obligatorie a unui debil mintal în cadrul bandei de delincvenți, ca şi *absența unui discernământ al faptelor* – caracteristică a determinismului devianței.

Debilul mintal dizarmonic este instabil, în agitație permanentă (psihică şi motorie), cu gesturi dezordonate, turbulent, expansiv, vorbind

mult şi manifestându-se ca o persoană mulțumită de sine, sociabilă, în limitele agitației hipomaniacale pentru adaptarea la viața cotidiană etc.

Unii indivizi cu IQ liminar sunt relativ conştienți de infirmitatea lor – probată prin insuccesul şcolar – grupul intrând în relații de opoziție cu anturajul, devenind ostili, agresivi, incendiatori.

Deviații comportamentale deosebit de grave apar la oligofrenii cu defect sever (IQ apropiat de limita 20-25), când ele se caracterizează prin manifestări intense de violență (îi lovesc nemotivat pe cei din jur), au manifestări de furie pentru motive neînsemnate, automutilări (se lovesc, se dau cu capul de pereți, se zgârie până le curge sânge), hiperactivitate sexuală – încercând avansuri hetero sau homosexuale.

2. Bolile psihice ale minorilor care determină tulburările de comportament sunt: schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă şi aspectele reactive ale nevrozei. *Minorul cu conduite psihotice*, mai ales cel care se apropie de schizofrenie, poate veni în conflict cu legea penală, cele mai multe infracțiuni putând fi comise în perioada inițială denumită „perioada medico-legală”, mai ales la vârste tinere (pubertate şi adolescență). Devianța, infracțiunile comise de schizofreni atrag atenția prin ferocitatea lor, păstrând permanent amplitudinea şi amprenta patologicului. Acestea sunt însoțite de o atitudine de *indiferență şi afectivitate tacită*, dar motivațional se apreciază că actele lor aberante rămân fără mobil, au caracter ilogic, absurd sau pot fi explicate prin idei delirante. Gama tulburărilor comportamentale se extinde de la fapte/acte minore ca iritabilitate, reacții de demisie etc., putând ajunge la furturi, prostituție, perversiuni sexuale şi omucideri. S-a constatat că, după comiterea actului respectiv, psihoticul nu manifestă nici o remuşcare, rămâne pasiv şi indiferent, privind ca un străin rezultatele propriilor sale fapte. În cadrul examinării medicale de specialitate se detectează elemente ale unui comportament de tip hebefreno-catatonic, ori de altă natură discordantă: autism, ideație delirantă, stări de depersonalizare etc.

Deşi mai rar întâlnită şi diagnosticată ca atare, psihoza maniaco-depresivă a adolescentului se înscrie între cauzele generatoare de comportamente deviante aberante. Când sunt în plin puseu maniacal, aceşti psihotici pot comite delicte de lovire, rănire pe fondul unui comportament impulsiv-agresiv, alternând cu euforia, logoreea şi polipragmazia. Cei depresivi (din cadrul psihozei maniaco-depresive) pot săvârşi acte antisociale, în majoritatea cazurilor îndreptate împotriva

propriei persoane, sub forma automutilării, tentativelor de suicid, mai rar apărând crime de factură altruistă, cu un profund caracter absurd.

Reactivitatea este şi ea o cauză posibilă a tulburărilor comportamentale. În cazul unor nevroze tinerii şi adolescenții pot avea izbucniri de tip episodic – toate cauzate de necesități de rezolvare a tensiunilor interioare. Concret, la nevrotic, comportamentul aberant se conturează pe conflicte interioare deja existente, situație în care pot să fie semnalate manifestări distructive, de cruzime față de animale sau față de persoane slabe (fizic mai ales) din anturajul lor imediat.

Întrucât din cadrul acestor conduite şi comportamente aberant-delictuale se recrutează cele mai controversate cazuri de diagnosticare şi intervenție psiho-medico-socială, ținem să atragem atenția asupra posibilităților crescute de mascare în fazele premonitorii. De regulă, manifestările menționate se află în faza larvară, ele fiind vizibile numai în situații critice, având un mare potențial reactogen. S-a constatat că puberii şi adolescenții din medii familiale armonioase pot să devină deosebit de reactivi la apariția unui eveniment complet indezirabil, dar fatal, creându-se în acest fel o situație specifică de conflict exogen.

La aceste cauze ale tulburărilor de comportament se adaugă şi **retardul psihic congenital**, etichetat drept debilitate mintală.

3. Există studii care au depistat *o legătură între factorii genetici şi comportamentul deviant***,** studii care susțin că din părinți cu tulburări de comportament (de personalitate) se nasc copii cu comportamente de tip deviant (deci, se susține caracterul transmisibil, moştenit al tulburărilor de comportament, luând drept punct de plecare anumite **aberații cromozomiale** transmise de la părinți la copii).

4. Cele mai multe cauze ale tulburărilor de comportament sunt însă cele care țin de **mediul înconjurător** (care include atât cadrul intrafamilial, cât şi cel extrafamilial: strada, prietenii, şcoala, mijloacele de transport, mijloacele mass-media – TV, radio, ziare, cărți etc.). Cele mai frecvente cauze ținând de mediul ambiant care favorizează apariția comportamentului deviant la minori pot îmbrăca următoarele aspecte:

- *Neînțelegerile intrafamiliale* şi disocierea căminului. Acestea se regăsesc cu o frecvență maximă: 80% dintre minorii cu probleme comportamentale provin din familii destrămate. Aceste situații pot

declanşa la copil tulburări emoționale şi tendințe patologice care se vor traduce prin devieri comportamentale.

- *Disocierea grupului familial prin boli cronice grave* sau prin decesul unui părinte poate crea familiei, pe lângă o privațiune economică, şi o frustrare emoțională. Această frustrare poate induce o stare de anxietate şi un sentiment de singurătate.
- *Absența unuia dintre părinți* poate influența negativ dezvoltarea personalității copilului prin absența figurii de identificare necesare în conturarea personalității viitoare. Rolul mamei este primordial, copilul fără mamă construindu-şi la început o „reacție de protest”, apoi trece printr-o etapă „disforică” şi ajunge la final la stadiul de negare a necesității de a avea mamă.
- *Divorțul* devine pentru copil un fapt iremediabil. Disputele premergătoare, tensiunile excesive dintre părinți sau un părinte brutal, alcoolic şi care provoacă certuri (mai adesea acesta fiind tatăl) duc la o serie de situații fără echivoc din partea acestora care, pe lângă anxietatea şi insecuritatea insuflate copilului, îi pot crea acestuia unele resentimente sau pot constitui pentru el un model negativ de imitat.
- *Deficiențele în atitudinea educativă* a tatălui sau a mamei (agresivitatea, despotismul, pisălogeala etc.) determină, la copil şi ulterior la tânăr, reacții de indisciplină, incapacitate de acomodare, iritabilitate etc.
- *Relațiile dificile cu mama,* care nu poate satisface trebuința de afecțiune a copilului, îl vor situa pe acesta în permanență în cadrul unor carențe afective şi de securitate.
- *Încredințarea copilului unor „organizații anonime” (grădiniță, şcoală etc.),* reflectând tendința familiilor de dezangajare față de sarcinile afective şi educaționale, conduce, în lipsa supravegherii parentale directe, la frustrarea de autoritate; copilul se simte prea rapid independent şi autonom, ceea ce poate antrena tulburări comportamentale, mai ales dacă în jurul său există exemple negative.
- *Factorii ecologici generatori ai unei subculturi* pot crea indirect condiții pentru dezvoltări dizarmonice ale personalității copilului.
- *Pseudodebilitatea mentală a părinților,* caracteristică mediului subcultural, prezintă multiple implicații comportamentale cu caracter deviant şi este legată de carențările şi neglijențele educative prezente în acest mediu.

- *Prelungirea şcolarizării obligatorii* face, paradoxal, pentru copiii cu intelect de limită, să apară o sursă de inadaptare şi de eşec, fapt ce îl antrenează pe copil pe calea delincvenței.
- *Precocitatea pubertății şi sexualității*, care se manifestă în condițiile actualei etape de explozie tehnică şi economică, se pot constitui într-un focar generator de delincvență juvenilă şi ridică probleme chiar şi unor adolescenți cu dezvoltare normală.
- *Solicitările mass-media*, care au o influență din ce în ce mai mare şi care, înlăturând reflecția şi meditația, favorizează reacții impulsive sau de satisfacere imediată a trebuințelor.
- *Transformările demografice*, legate de transferul dinamic al populației în cadrul urbanizării, impun stresuri inevitabile, prin schimbarea bruscă a modului şi a ritmului de viață, perturbându-i mai ales pe tineri, făcându-i vulnerabili în fața numeroaselor tentații din noul univers care le este străin.
- *Calamitățile* (de genul războaielor) sporesc frecvența şi intensitatea manifestării acestor tulburări de conduită.
- *Influența normei de grup* (un comportament de tip negativ, de regulă, care dacă este promovat de şeful/liderul găştii/bandei, va fi imitat – prin contagiune şi supunere la norma de grup – de către ceilalți membri ai grupului respectiv).

5. Putem afirma cu tărie că aceste tulburări de comportament se instalează şi se dezvoltă pe un anumit fond psihic, de regulă mult mai uşor la un copil/adolescent cu o **strucutră de personalitate dezechilibrată, imatură**, **uşor sugestionabil şi influențabil, cu o imagine de sine neformată încă sau deformată** (în sensul subestimării de sine) **cu o slăbiciune/înclinație spre ascensiune/realizare rapidă** (cu minim de efort) şi **spre atitudini şi comportamente şocante**, ieşite din comun, spectaculoase în sine. La aceste persoane, condiționarea negativă a climatului microsocial se aşează pe o structură labilă, fragilă de personalitate, la care, incompetența educativă, lipsa de pricepere, dezinteresul afectiv al adulților întrețin dezvoltări aberante.

5.5. **Tipologizarea tulburărilor de comportament**

De la simplele *„derapaje” comportamentale*, fără periculozitate socială, care nu au tendința cronicizării şi stabilizării, considerate a fi *acte de predelincvență* (ex: minciuna, insulta, actele impulsive, anticipând agresivitatea şi care nu sunt obligatoriu condiționate social), trecând prin *acte paradelincvente* condiționate socio-afectiv, în special din cauza lipsei unui climat afectiv adecvat şi mai ales pe fondul lipsei de discernământ (acte comportamentale specifice epilepticilor, debililor mintal şi schizofrenicilor) şi ajungându-se la *acte de delincvență propriu-zisă*, antisociale (specifice, dar întâlnite şi la persoanele normale – ex: omuciderea, violul etc.), tulburările de comportament ocupă, aşadar, o arie de simptomologie şi de evoluție foarte extinsă.

Simptomatologia deviantelor comportamentale

Adolescentul cu tulburări de comportament se manifestă prin simptome caracterizate printr-un mare polimorfism. Manifestările clinice depind atât de vârstă, de sex, stadiul de dezvoltare, cât şi de factorii de mediu.

Simptomatologia tulburărilor de comportament cuprinde o gamă foarte întinsă de manifestări, atât ca număr, cât şi ca intensitate: ea pleacă de la o simplă minciună care poate avea un efect anodin, putând să ajungă la acte de mare gravitate, de exemplu, omuciderea, care reclamă intervenția legii.

Între aceste extreme, stabilite relativ, se interpun un număr impresionant de simptome: iritabilitate, instabilitate, impulsivitate, irascibilitate, eşecul şi abandonul şcolar, fuga, vagabondajul, furtul, cerşetoria, diferitele acte de cruzime, piromania, alcoolismul, tulburările sexuale, prostituția, tentativele de suicid, omuciderea.

Într-o succintă prezentare, care nu poate fi exhaustivă, tabloul acestor tulburări comportamentale ar cuprinde:

• *Minciuna,* sau tendința de alterare a adevărului, poate fi cauzată de fantezie, de lăudăroşenie, de intenția de a înşela, dorința de compasiune, dorința de a se salva dintr-o situație neplăcută ca o reacție de apărare, de simpatie sau antipatie, raționamentele superficiale ale adolescenților sau de afecțiuni psihice.

• *Instabilitatea* nu este funciar o tulburare de comportament, ci mai mult o modalitate reacțională a S.N.C., manifestată psihomotor; fiind

„incapacitatea de a păstra o atitudine, de a fixa atenția, de a reacționa în mod conştient, de a prevedea o acțiune”.

• *Irascibilitatea* prezintă un mecanism psihopatologic similar, fiind frecvent denumită şi furie, nervozitate, nestăpânire şi aproape întotdeauna prezentă în comportamentul uman; este o reacție de descărcare critică (mânie, furtuni motorii, violențe), culminând cu mişcări spectaculoase, exhibiționism, cu auto şi heteroagresiune.

• *Impulsivitatea* este reacție specifică de scurtcircuitare, reprezentând o trecere directă la actul de satisfacere a apetitului agresiv, de opoziție etc. Se caracterizează prin caracterul său brusc, necenzurat, mai puțin elaborat în privința diversității acționale.

Aceste ultime trei caracteristici îmbracă un caracter paroxismal, care ar putea determina o confuzie cu epilepsia temporală, dar se deosebesc de aceasta prin existența electivității şi a motivației, a posibilității sistării cu prilejul înlăturării frustrației (satisfacerii dorinței critice).

• *Furtul*, cel mai frecvent delict întâlnit la minori, este definit ca fiind atentat la proprietatea particulară sau publică, frecvența lui, în funcție de vârstă, variind astfel: 20% hoți minori, sub 13 ani, 35% de la 13-16 ani, 40% de la 16-18 ani, cu un maximum de incidență la pubertate.

Furtul începe de obicei în familie şi se extinde apoi în mediul extrafamilial, de la obiecte de valoare mică până la sume importante de bani. În general, fetele fură singure, iar băieții în grup. Furtul nu este o manifestare izolată, ci face parte din cadrul delincvenței juvenile, asociat fiind frecvent cu fuga, cu prostituția la fete, iar uneori chiar cu omuciderea şi piromania.

Opusul furtului conştient – care are o motivație psihologică lucidă (furie, vindicație, din necesitate, la sugestia unor prieteni etc.) – este furtul patologic (*cleptomania*). Acesta se caracterizează prin existența unor tulburări de conştiință sau prin motivații delirante, care apar frecvent şi asociat cu grade lejere de debilitate mintală, cu manifestări de tip schizofren sau cu manifestări epileptice.

• *Fuga şi vagabondajul* reprezintă erupția violentă din mediul familial, ca expresie a unei stări de încordare emotivă sau a unor simptome psihotice. Distincția dintre ele este dată de durată: fuga are un caracter de criză, iar vagabondajul este un fenomen complex având o desfăşurare în timp. În funcție de cauze, *fuga* are diverse forme: forma de *pulsiune emotivă,* ca rezultat al unei *stări conflictuale* cu *şcoala, cu*

familia, o situație familială deosebită generată de disocierea căminului, de lipsuri materiale, de tendințe revendicative, hebefreniile „de orgoliu” la pubertate. *Fuga* poate fi şi o expresie a unei dorințe de aventură, de evadare pentru a vedea lucruri şi locuri noi, în special pentru a întâlni şi a trăi o experiență imaginară indusă din lecturi sau din influențe relaționale, printr-o sugestibilitate infantilă. Chazal considera că 20% dintre cauzele fugii sunt pur sociale, iar 80% *psihiatrice,* în timp ce Heuyer susținea că 90% din cazurile de vagabondaj juvenil şi 70% dintre *delincvenții adolescenți aparțin familiilor destrămate. Fuga* ridică probleme psihiatrice medico-legale şi de asistență socială; în afara unui act delictual bine gândit, ea poate reprezenta un simptom al unei boli sau al unei nedezvoltări psihice (oligofrenie, epilepsie, schizofrenie).

Vagabondajul este o reacție organizată, care apare din lipsă de ataşament față de familie sau ca reacție la o constrângere rău suportată, adolescentul alegând „nomadismul” pentru a-şi realiza libertatea, prin imitație preluând acest tip de socializare, caracteristic unei bande. Durata lui variază de la fuga de o jumătate de zi, până la marile fugi, de 2-3 luni, în care subiectul se asociază cu alți psihopați şi trăieşte o viață la baza căreia stau cele mai diverse manifestări antisociale.

Fuga şi vagabondajul se asociază frecvent cu tulburările comportamentului sexual şi cu impulsivitatea.

• *Eşecul şcolar.* La delincvenți, deficitul şcolar este recunoscut de toți autorii. El se poate datora unor cauze ca: frecvența neregulată, condițiile de mediu nefavorabile, lipsa de îndrumare a copiilor către şcoală prin lipsa de instruire a propriei familii. Părinții neglijenți induc, atât prin ignoranță, cât şi prin sfaturi demobilizatoare, un efect dăunător, uneori fiind cotați ca periculoşi educațional, moral. Eşecul şcolar induce o stare de tensiune şi constituie un traumatism violent manifestat tocmai în etapa pubertății, în care minorul îşi formează conştiința de sine.

Şcoala cu cerințele ei constituie un efort de adaptare, iar la aceşti copii eşecul este evident. Spre deosebire de scăderea treptată a randamentului şcolar, în debutul unei psihoze se observă o scădere bruscă a eficienței şcolare. La retardații mintal, subdezvoltarea intelectuală se remarcă în clasele III-V, când programa de învățământ solicită progresiv dezvoltarea unei gândiri cu note de abstractizare, cu elemente logice, fapt de care ei sunt incapabili.

• *Incendierile voluntare* se pot observa la pubertate şi la adolescenţă, ca urmare a unei dorinţe de răzbunare sau a răutăţii. Apar frecvent la debilii mintal sau la „comportamentalii-psihopaţi" şi pot avea un caracter impulsiv (piromanie) la epileptici.

• *Alcoolismul şi dependenţa de drog.* Alcoolul, unul dintre principalii răspunzători pentru comportamentul antisocial (agresiune, crimă, jaf, huliganism etc.), s-a impus ca o problemă de igienă mentală socială şi la adolescenţă. În adolescenţă, alcoolismul (ca şi tentaţia administrării drogurilor – haşiş, cocaină, aurolac etc.) se manifestă în majoritatea cazurilor în formă acută; cu ajutorul acestei intoxicaţii, minorul tinde să-şi arate nonconformismul, sfidarea faţă de autoritatea adulţilor sau să lupte împotriva timidităţii şi a anxietăţii. Etilismul cronic este rar în formele sale clasice în adolescenţă şi se instalează după câţiva ani de consum exagerat, caz în care tânărul intră în viaţa adultă ca un intoxicat cronic.

Fenomenele caracteristice toxicomaniei alcoolice sunt:

– absenţa tendinţei de a mări doza de lichid ingerat, alcoolicii mai vechi reducând consumul;
– existenţa unei intoleranţe, opusă toleranţei din drogomanie;
– tulburările de sevraj sunt inconstante la alcoolici.

Fazele de instalare ale alcoolismului sunt: apetitul pentru alcool, toleranţa, obişnuinţa, dependenţa. *Toleranţa* reprezintă relaţia dintre concentraţia alcoolică absorbită şi efectele toxice determinate în organism de alcool, toleranţă care variază în funcţie de vârstă, sex, de predispoziţii ereditare, mod de alimentaţie, starea organică şi psihică, de vechimea intoxicaţiei etc. *Obişnuinţa* se instalează când alcoolul devine supliment alimentar, fiind necesar în echilibrul metabolic. *Dependenţa* de alcool se instalează lent, la câţiva ani după debutul alcoolismului, prin mărirea constantă a dozei de alcool ingerate. Ca forme de manifestare a dependenţei menţionăm: imposibilitatea abţinerii de la consumul de alcool, incapacitatea alcoolicului de a se opri la primele pahare băute.

Personalitatea alcoolicului presupune anumite perturbări cauzate de conflictualitatea intrapsihică. Ceea ce frapează la un alcoolic este fizionomia sa aparte (obraji congestionaţi, buhăiţi, faţă întunecată sau cenuşie, conjunctive injectate, ochi înlăcrimaţi, miros urât al răsuflării). Pot apărea tulburări de limbaj manifestate prin vorbire precipitată,

articulare nesigură, bâlbâială, combinate cu modificări neurovegetative (tremurături, transpirație, nod în gât). Cele mai constante tulburări psihice ale alcoolicului sunt: iritabilitatea (stare permanentă de reacție la stimuli exteriori prin mânie, furie, agresivitate) şi impulsivitatea (nestăpânire).

• *Devierile sexuale.* Instinctul sexual, în mod normal latent în copilărie, apare la pubertate, dar se definitivează în forma lui specific umană în adolescența tardivă, când include totodată şi ataşamentul afectiv pentru sexul opus. La vârsta adolescenței trebuie deosebite relațiile permise, bazate pe afecțiune mutuală, de cele fundamentate pe violență (devierile sexuale). Gravitatea apare în cazurile în care relațiile sexuale sunt întâmplătoare, determinate de setea de aventură sau atunci când ele se caracterizează prin precocitate, caz când se pot contacta şi transmite boli sexuale foarte grave.

Aceste situații constituie terenul propice pentru delincvența sexuală. În aceste cazuri, *criza sexuală* nu este expresia unei maturități sexuale, ci reprezintă o *deviere* în cazul unui organism caracterizat prin *imaturitate psihică* şi *fragilitate funcțională a gonadelor*, oferindu-i individului o satisfacție strict instictuală.

Dintre devierile sexuale cele mai frecvente sunt homosexualitatea la băieți şi prostituția la fete.

Precocitatea şi devierea sexuală apar de obicei în mediile de subcultură şi de dezorganizare socială, unde şi moralitatea are un grad de permisivitate mult mai coborât.

La fete, *prostituția* reprezintă practicarea relațiilor sexuale pentru o retribuție, în mod liber şi constant, scopul principal fiind câştigul material. Ea exprimă o ripostă agresivă la stresuri, îndeosebi după o violență sexuală (viol, incest) pe un fond de frustrare afectivă din copilărie sau este o primă consecință a vagabondajului în 8-10% dintre cazuri.

După clasificările internaționale OMS şi încadrările DSM-III, *homosexualitatea* reprezintă o *tulburare* a comportamentului sexual. Această tulburare constă în atracția exclusivă sau predominantă pentru persoanele de acelaşi sex, cu sau fără raporturi fizice. Ea este, totodată, *o deviere sexuală* care nu presupune factori patogeni ca în cazul unei boli propriu-zise (cum ar fi schizofrenia sau TBC) fiind, conform Asociației Americane de Psihiatrie, o „tulburare a orientării sexuale". Autorii de limbă franceză consideră o perversiune în adevăratul înțeles al cuvântului

doar atunci când persoana îşi caută conştient şi deliberat satisfacția în relația sexuală.

Ca deviere sexuală, homosexualitatea poate avea un caracter tranzitoriu sau accidental: masturbația adolescenților, homosexualitatea din perioadele de detenție, practicile perverse ale bolnavilor psihici, ale celor cu tulburări de dinamică sexuală etc. În aceste cazuri, devierile sexuale trebuie înțelese ca rezultat al unei dinamici de maturizare, ca o tranziție spre adaptarea de „necesitate” din închisori sau ca epifenomene ale unor nevroze sau psihoze. Accentul este pus pe expresia unei instabilități emoționale, a unei insuficiente capacități frenatorii față de instincte, a lipsei de maturitate psihică (conduite şi sentimente morale formate cu defect), răspunzătoare de nonadaptarea la realitatea complexă.

Între cauzele care determină formarea şi structurarea cu defect a personalității enumerăm: *cauze genetice* – incomplet elucidate de cercetările din ultimii 50 de ani şi *cauze educațional-sociale*. Cele mai multe cazuri de homosexualitate sunt la persoanele la care s-au perceput *greşeli educative* în copilărie, perpetuate în adolescență şi devenite conduite cu condiționare negativă ulterior: *obiceiuri proaste*. Activitatea în clinica de psihiatrie, în sensul ei cel mai profund, ne-a arătat că indiferent de etiologia care generează homosexualitatea, persoanele care practică această anomalie sunt dintre cele care nu-şi recunosc propriile defecte din structura personalității lor, fiind permanent nemulțumite de condițiile oferite de societate.

De cele mai multe ori ascunsă ca deviație, homosexualitatea nu poate fi surprinsă ca frecvență şi dinamică. Oricum, tulburarea este în creştere pe glob, cifrele arătând prezența fenomenului în lume în proporție de 10% pe întreaga planetă şi de 35% în SUA.

Pe lângă o cauzalitate genetică (moştenire genetică defectuoasă, cu anomalii cromozomiale XYY) există şi una de tip socio-educațional, care are la bază învățarea, deprinderea unor conduite aberante.

Fie ea *deviere, anomalie, boală* sau *viciu,* homosexualitatea se află sub incidență medicală, psihologică şi larg socială, interesând pentru abordare diferențială terapii speciale şi penetrând planul global al adaptabilității şi al integrării socio-morale. Ea generează prozeliți mai ales între adolescenți şi tineri în procesul de conturare a personalității, la vârsta opțiunilor, când ar trebui să selecteze şi să defrişeze valorile.

Structuri dizarmonice, marea majoritate a celor ce ajung într-un impas cu *falsă motivație* la specialiştii din Clinica de Psihiatrie, homosexualii cu „state vechi” pretind că ar fi preluat atare conduite prin imitație, nefiltrând eventualele lor urmări în plan social şi medical. Ei explică, în fapt, că aceste conduite au fost fixate şi consolidate de-a lungul unor ani, astfel că, în mod excepțional, pot încerca o conştientizare a implicațiilor *alegerilor lor sexuale.* Concret, copii cu structură de tip „idol al familiei” care pot evolua spre personalități egoiste, ori fetițe crescute în sistemul „Cenuşăreasa familiei”, care dezinhibate au şansa să practice prostituția, ori copii irascibili, explozivi, brutali şi neglijați afectiv devin la pubertate sub *influența străzii* virtuoşi homosexuali. În stradă, aceste categorii de copii tentați de succese rapide şi facile, la care se adaugă curiozitatea vârstei, demobilizați în fața insucceselor, trec la acte fără a percepe „lupta motivelor” şi mărind astfel numărul „activilor”, al celor cu acte antisociale.

De aceea, credem că *abordarea şi tratamentul diferențiat* al acestor deviații sexuale (în cazul homosexualilor recrutați dintre „copiii străzii”, dintre cei care consumă, ca drog, AUROLAC etc.) nu pot decât să vină în ajutorul celor care încearcă să cunoască amploarea, complexitatea şi implicațiile fenomenului pe care specialiştii îl percep ca atare, ca *deviantă* şi nu ca o glorie ori bucurie.

Sub numele de *perversiune sexuală* sunt cuprinse comportamentele sexuale regresive care se substituie cu predilecție condițiilor normale ale orgasmului sau celorlalte fenomene legate de comportamentul sexual. Perversiunea sexuală nu viciază doar raporturile sexuale, ci ea antrenează tulburări notabile în sfera caracterului, a personalității şi a vieții sociale a individului.

Voyeurismul este un comportament sexual pervers, definit prin faptul că individul respinge sau rămâne indiferent la actul sexual normal, în schimb îşi găseşte satisfacția prin contemplarea corpurilor goale sau fotografiate, sculptate etc. sau prin asistarea ca spectator la desfăşurarea unor acte sexuale. Voyeuristul are o deviere de interese, astfel încât pentru satisfacția sa vizuală adună desene, gravuri, fotografii obscene de care industria contemporană nu duce lipsă. Există, desigur, şi forme intermediare ale acestei perversiuni, ca de exemplu voyeurismul rafinat al unor artişti plastici, sau cazul adolescenților timizi care, pe fondul unei refulări puternice, nu mai pot ajunge la act. De asemenea, vârsta a treia,

cu imposibilitățile sale fiziologice, își găsește un debușeu sexual în datele percepției vizuale.

Exhibiționismul este o perversiune sexuală, obsedantă şi impulsivă, caracterizată prin nevoia irezistibilă de etalare în public a organelor genitale în stare flască şi în afara oricărei manevre lubrice şi provocatoare. Acest act simbolizează şi înlocuieşte apetitul sexual şi împreunarea, însemnând şi sfârşitul episodului. De reținut sunt atât caracterul brutal, ostentativ şi provocator al gestului, cât şi satisfacția sexuală resimțită prin reacțiile celor care asistă. Cu cât reacțiile acestora sunt mai intense (scârbă, frică sau respingere), cu atât plăcerea exhibiționistului este mai mare.

Comportamentele sado-masochiste constituie un caz tipic de conflictualitate intrasexuală care antrenează comportamente agresive, exprimate prin violență cu dublă direcționare: spre partenerul sexual şi spre subiectul însuşi. Deci, este vorba despre o perversiune sexuală care caută satisfacția erotică prin violență directă-fizică sau prin ideea de violență. Când violența se îndreaptă spre partener, avem de-a face cu *sadismul*, iar când ea este concentrată asupra propriei persoane, comportamentul este de tip *masochist*.

Fetişismul. Fetişul este un obiect care serveşte în scopul manifestării actului sexual, el făcând parte de obicei din vestimentația celuilalt sex.

Violul rămâne singura crimă în care autorul se simte nevinovat şi victima scârbită; actul sexual, necesar şi inevitabil, dat prin statutul special al femeii, reprezintă pentru foarte mulți bărbați o recompensă normală, o retribuție pentru un serviciu adus (angajare, promovare, o călătorie de autostop etc.). Actul sexual este pentru ei un fel de amuzament, de divertisment.

Cercetările au arătat că frecvența violurilor este diferită în funcție de câțiva factori:

a) *tipul de cultură religioasă*. În țările cu un grad ridicat de libertate morală, rata violurilor este foarte ridicată (ex. țările protestante) comparativ cu cele în care cultura religioasă este foarte puternică;

b) *incitația la comportamentul de consum sexual şi răspândirea teoriei maximului de plăcere*. În condițiile în care sexul câştigă pondere în publicitate, *sex-shop*-urile invadează oraşele, sexualitatea pătrunde în

toate domeniile, căutarea plăcerii devine prioritară, chiar dacă aceasta se obține cu folosirea agresivității;

c) *depersonalizarea sexualității*. Din cauza mass-mediei şi a unei literaturi sexuale şi pornografice de masă, se impun frecvent atitudini comune, colective ale indivizilor, castitatea şi virginitatea devenind motive de îngrijorare şi de dispreț pentru tineri, iar practica sexualității obligatorie (norma de grup);

d) *revoluția industrială şi patologia sexuală*. Revoluția industrială are efecte dezastruoase asupra populației rurale, care se simte abandonată, dezrădăcinată, căzând victimă a segregării sexuale. Această criză de febră sexuală atinge mai ales adolescenții, astfel că delictele sexuale la copiii mai mici de 15 ani s-au multiplicat de 5 ori în ultimii 30 de ani, în timp ce la adulți acestea aproape s-au dublat. Comportamentele agresive împotriva copiilor sunt clasate sub denumirea de *pedofilie*. Formele acestui comportament, în care obiectul manifestării perversiunii este un copil sau un adolescent, sunt variate: fie exhibiționism realizat într-un parc, în spatele şcolii, fie manifestări de homosexualitate sau de heterosexualitate, mergând de la mângâieri şi îmbrățişări libidinoase ale copilului, cu executarea de către adult a masturbației, fie viol acceptat (din teamă sau pentru recompense), fie viol agresiv.

Incestul este un comportament agresiv sexual care se manifestă între membrii familiei având ca autor pe unul dintre părinți. Incestuoase sunt şi relațiile sexuale dintre bunic-nepoată, unchi-nepoată, mătuşă-nepot şi dintre verii primari. Legătura incestuoasă e mult mai frecventă în mediile în care domnesc promiscuitatea, alcoolismul, imoralitatea etc. Vârsta tatălui incestuos este de obicei cuprinsă între 30-45 ani, iar a fetei între 5-14 ani. Mulți autori au insistat asupra rolului jucat de soția-mamă în declanşarea situațiilor incestuoase, aceasta având rol de complice, de multe ori în mod inconştient (fiind frigidă, rejectantă din punct de vedere sexual față de soț).

– *Omuciderea* este un delict foarte grav, dar rar totodată. După Foutes, reprezintă 0,40% din delincvența juvenilă, putând atinge chiar 1%, dar fără a-l depăşi. Se poate manifesta sub forma *omuciderii involuntare* (în cadrul unui furt-lovire, fără intenția de a provoca moartea) sau a celei *voluntare (*realizate cu scopul expres de suprimare a vieții victimei).

– *Autopuniția (autopedepsirea)* este comportamentul voluntar de sancționare/pedepsire a propriei persoane, prin diverse mijloace: nesatisfacerea unor trebuințe prin refuz sau claustrare, renunțarea la destindere, la compensații, automutilarea şi suicidul, ca urmare a unor greşeli reale sau imaginare. Încălcarea accidentală, dar mai ales intenționată a unor norme sociale sau atribuții pe linia de rol sau statut (tată, soț, lider etc.) atrage după sine, la persoanele cu conştiința responsabilității, sentimente de culpabilitate şi nevoia de autopedepsire şi de corecție a conduitei vicioase. O formă de violentare fizică, ca o consecință directă a ideilor de autoculpabilizare şi autopuniție, este *autoflagelarea.*

Automutilarea reprezintă mutilarea voluntară sau inconştientă a propriei persoane, putând fi aplicată asupra oricărui segment al corpului (mai frecvent asupra organelor genitale, mai rar asupra globilor oculari). Scopul automutilării voluntare reprezintă obținerea unui avantaj – cerşetorie, evaziune de la serviciul militar, de la pedepse penale sau producerea de suferință în cazul crizelor de delir alcoolic, în schizofrenie.

– *Suicidul şi tentativa de suicid*. Considerate ca unele dintre cele mai frecvente reacții antisociale din cadrul patologiei medicale în general, ideile, tentativele şi reuşitele suicidale sunt de obicei expresia unor tulburări instinctivo-afective foarte profunde. Suicidul este actul prin care o persoană, în mod intenționat, îşi cauzează moartea. Apărând sporadic la vârsta copilăriei, el creşte brusc ca incidență în adolescență. Din fericire, suicidul reuşit este de 10 ori mai puțin frecvent decât tentativele de suicid, cauzele fiind de ordin psihologic; aparent, el pleacă de la lucruri minore, dar niciodată nu trebuie eliminată potențialitatea lor. Există deosebirea între „suicidul sincer”, bine motivat, al disperării autentice, şi „suicidul-şantaj”, ipocrit, cu amprentă isterică, în care este implicată în mod deosebit responsabilitatea unei persoane.

Statisticile arată o curbă ascendentă a frecvenței lui de la vârsta de 14-15 ani până la 65 de ani, cu două creşteri foarte accentuate: la adolescență şi la vârsta a treia. Bărbații sinucigaşi sunt mai frecvenți decât femeile sinucigaşe: 70% bărbați față de 40% femei. Mariajul joacă un rol pozitiv important atât pentru bărbați, cât şi pentru femei. Văduvii se sinucid mult mai frecvent decât celibatarii, urmează ca pondere divorțații şi abia pe ultimul loc se situează rata sinucigaşilor căsătoriți. Remarcabil este faptul că sinuciderea este puțin întâlnită printre femeile căsătorite. Pe

lângă mariaj, existența copiilor pare să contribuie la scăderea numărului de sinucideri.

Frecvența sinuciderilor în adolescență în societatea actuală constituie un semnal al disperării, băieții sinucigaşi reprezentând un procent mai mare decât fetele, cei din populația urbană având o înclinație mai accentuată spre suicid comparativ cu cei din mediul rural, acelaşi raport fiind valabil şi pentru grupa profesiunilor liberale (intelectuali).

Caracteristicile de bază ale personalității adolescentului suicidar se prezintă sub două forme:

– *sinuciderea ca formă de mediere* (ea reprezentând o modalitate de protest, de răzbunare sau opoziție, subiectul vrând să declanşeze evenimente tragice cu scopul de a se pedepsi pe sine şi pe ceilalți);

– *sinuciderea ca formă de autodistrugere* (personalitatea acestui adolescent fiind clădită pe un nucleu de autodistrugere, sinuciderea este o ruptură între individ şi lume, singura ieşire dintr-o realitate percepută a fi ostilă, aberantă, neînțelegătoare).

5. 6. **Terapia tulburărilor de comportament**

Aspecte terapeutice. Problema tratamentului tinerilor şi adolescenților cu tulburări de comportament este dificilă şi complexă. Ea necesită o sinteză complexă a cauzelor, a modului în care s-au produs şi a aspectelor clinice, în scopul unor măsuri profilactice şi terapeutice, în vederea prevenirii recidivei, a recuperării şi a reintegrării sociale.

Față de dezvoltarea dizarmonică a personalității, atitudinile terapeutice pot fi sistematizate astfel:

A. Aspectele profilactice. Profilaxia, alături de mijloacele medicale, implică o serie de aspecte de intervenție la nivelul structurii şi relațiilor familiale, a posibilităților de influențare a familiei, a problemelor general-educative, ca şi psiho-pedagogice.

O primă măsură este aceea a *sfatului genetic* acordat persoanelor predispuse sau care prezintă trăsături de personalitate evident anormale şi trăind într-un mediu familial deficitar *în ideea de a nu avea copii*, fapt care, practic, se realizează cu foarte mari dificultăți.

Datorită acestui aspect de importanță primordială, în profilaxia primară a dezvoltării dizarmonice de personalitate rămâne, în primul rând, complexul de măsuri în domeniul *igienei mintale şi al psiho-pedagogiei.*

Ştiind că însuşirile patologice ale personalității la vârstele mici au un caracter relativ instabil şi ca atare reversibil, subliniem rolul covârşitor *al educației* în sensul larg al cuvântului şi al *mediului social* în corectarea acestei instabilități. O educație echilibrată, îmbinând armonios sancțiunea cu recompensa, însoțită de o atmosferă echilibrată, constituie elemente care limitează extinderea şi agravarea trăsăturilor psihopatice ale devianței, inadecvenței. Atunci când influențele familiei sunt net defavorabile, atitudinea noastră va consta în scoaterea copilului din mediul respectiv, *despărțind copilul de părinții* care prezintă de obicei ei înşişi trăsături psihopatice, în vederea prevenirii identificării cu aceştia şi a imitării conduitelor lor.

Corelarea acestor măsuri în cadrul unui program de genul „promovare a sănătății” (OMS), aplicat în practică, cu grijă şi cu răbdare, ar putea, în principiu, reduce până la un punct morbiditatea prin psihopatii.

B. Tratamentul medicamentos este prescris de medic în funcție de natura nosologică şi clinică a tulburărilor de comportament, de stadiul evolutiv şi de vârsta pacienților. Unele trăsături psihopatice şi în special reacțiile de tip excitabil pot fi influențate de medicația psihotropă; în afara acțiunii lor propriu-zise, *psihotropele sporesc întotdeauna permeabilitatea psihică,* oferind o mai bună inducție abordărilor psihoterapeutice şi o mai mare deschidere spre mijloacele psihosocioterapeutice.

În funcție de simptome se pot utiliza şi alte medicamente ca neurolepticele, sedative sau tranchilizantele. *Tratamentul psihotrop* efectuat în clinicile de psihiatrie este rezervat mai ales unor faze acute de decompensare comportamentală. Datorită randamentului activității prin efectele secundare pe care le produce acest tratament, se impune totodată luarea altor măsuri de ordin psihosocioterapeutic.

Ca regulă generală, se recomandă durata lungă a psihoterapiei, a contactului terapeutului cu pacienții, acțiunea psihoterapeutică având în acest caz un rol educativ. În procesul complex de *restructurare a personalității* se vor indica pacientului acele *condiții de viață, ambianță familială* şi *profesională* în care trăsăturile lui patologice au un minim de şanse de a se exprima. În toate cazurile, psihoterapia trebuie să se extindă şi asupra mediului familial, chiar dacă acesta a fost generatorul traumelor conflictuale. Familia va fi influențată (educată) să înțeleagă necesitatea încadrării adecvate a copilului, chiar dacă minorul corespunde idealurilor sale.

Psihopații excitabili, cu toate că sunt numeric mai puțini, au decompensări grave şi repetate, comit acte antisociale recidivante, pentru care se impun *măsuri coercitive cu caracter penal sau medical.*

Apreciem că dezvoltarea ulterioară a comportamentalilor (cei cu tulburări de comportament) poate evolua spre o „ştergere" în timp a deficitelor comportamentale doar când sunt anihilate condițiile majore negative din viața lor. În acelaşi timp, este posibil ca persoanele cu defect structural psihopatologic, sub influența nefastă a adulților delincvenți să nu poată discerne „binele" de „rău", să recidiveze comportamental şi să facă obiectul acțiunii legii penale. Ne referim la cei cu responsabilitate atenuată sau păstrată şi care depăşesc granița celor 18 ani până la care legea oricum îi ocroteşte.

În general, persoanele slab adaptate la condițiile unei vieți sociale normale, având o structură imatură, dezechilibrată, sugestionabilă şi aflate în perimetre sociale dezorganizate, delictogene depăşesc cu uşurință granițele comportamentului normal şi ajung la acte deviante, aberante, antisociale. De aceea, pedagogii ar trebui să ofere acestora metode, mijloace de intervenție psiho-clinice, psiho-sociale, dar mai ales tehnici de modelare socio-educaționale.

REZUMAT

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor adaptative, obiectiv-observabile, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimulii din ambianță (Tilquin). Comportamentul este, aşadar, expresia exterioară a raporturilor dintre individ şi mediu, a echilibrului pe care individul îl realizează în procesul dinamic de integrare în viața socială şi care este obiectivat, de regulă, într-un sistem de fapte sau de acțiuni supuse unei aprecieri morale.

Tulburările de comportament sau modificările de comportament sunt forme de dezechilibru psihic, ce implică tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994). Aceste devieri de conduită sunt, aşadar, nu doar abateri de la normele stării de sănătate, ci şi de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale. Putem afirma că adolescentul/tânărul cu tulburări de comportament îşi dezvoltă anumite **trăsături de personalitate**

specifice, diferite de cele ale individului cu un comportament normal: *modificări la nivelul structurilor morale, modificări la nivelul relațiilor afective, scăderea pragului de toleranță la frustrație, egocentrism ridicat, perturbarea sentimentelor de culpabilitate,* puternice sentimente de *devalorizare, de injustiție,* existența *contrarietăților Eu-lui, slabă consistență şi echilibru intern, alterarea relaționării* cu persoanele iubite, *tulburări de cunoaştere, perturbările de apărare, deformarea conceptului de libertate, denigrarea sentimentelor umanitare. Imaginea de sine* a tinerilor cu tulburări comportamentale este inadecvată şi săracă în privința structurării conținutului ei, acest mare şi grav *deficit de maturizare socială* generând la nivelul psihicului disfuncții şi chiar diverse forme de dispersie.

Nu există în literatura ştiințifică suficient de multe date calculate pe întreaga populație infantilă a țării pe sexe, vârste şi mediu social, pentru a putea afirma care este în România frecvența acestor tulburări de comportament. Totuşi, s-au făcut studii pe adolescenți şi copii (vezi I. Străchinaru sau R. Răşcanu) care au arătat că, *pe sexe*, distribuția tulburărilor de comportament se exprimă în favoarea băieților față de fete (unele studii arată un procent de 2 ori mai mari la băieți, în timp ce altele indică preponderența 9/1), în timp ce, *pe vârste*, curba frecvenței cazurilor este mai accentuată între 7 – 15 ani. Ca *răspândire teritorială*, diferența dintre mediul urban şi cel rural este cu mult în favoarea primului (de 4 ori mai mare fiind procentul de copii/adolescenți cu tulburări de comportament la oraş), poate şi pentru că, la sate, spre deosebire de mediul urban, supravegherea copiilor de către părinți este mai strictă, continuă, aceştia din urmă antrenându-şi copiii în munci productive, dându-le astfel ocupații precise de la o vârstă fragedă. **Cauzele** incriminatorii pentru apariția tulburărilor de comportament sunt extrem de numeroase, de variate şi de complexe. Ele pot fi grupate în mai multe categorii mari: *boli organice* (epilepsia, traumatismele cranio-cerebrale şi oligofreniile), *boli psihice ale minorilor (*schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă şi aspectele reactive ale nevrozei), *cauze genetice (*anumite aberații cromozomiale transmise de la părinți la copii), *particularități ale mediului înconjurător* (ex. *neînțelegerile intrafamiliale, disocierea grupului familial prin boli cronice grave, absența unuia dintre părinți, divorțul* etc.), *particularități de personalitate* (o structură de pesonalitate dezechilibrată, imatură, uşor sugestionabilă şi influențabilă, cu o imagine de sine neformată încă sau deformată în sensul

subestimării de sine, cu o slăbiciune/înclinație spre ascensiune realizare rapidă, cu minim de efort şi spre atitudini şi comportamente şocante, ieşite din comun, spectaculoase în sine).

Tabloul acestor tulburări comportamentale cuprinde succint: *minciuna, instabilitatea, irascibilitatea, impulsivitatea, furtul, fuga şi vagabondajul, eşecul şcolar, incendierile voluntare, alcoolismul şi dependența de drog, devierile sexuale, omuciderea, autopuniția (auto-pedepsirea), suicidul şi tentativa de suicid*.

Înainte de a interveni pentru a corecta o tulburare de comportament se va urmări prevenirea instalării ei. *Profilaxia*, alături de mijloacele medicale, implică o serie de aspecte de intervenție la nivelul structurii şi relațiilor familiale ale copilului sau adolescentului, a posibilităților de influențare a familiei lui, a problemelor general-educative, ca şi a celor psiho-pedagogice. O primă măsură este aceea a *sfatului genetic* acordat persoanelor predispuse sau care prezintă trăsături de personalitate evident anormale şi care trăiesc într-un mediu familial deficitar *în ideea de a nu avea copii*, fapt care, practic, se realizează cu foarte mari dificultăți. *Tratamentul medicamentos* este prescris de medic în funcție de natura nosologică şi clinică a tulburărilor de comportament, de stadiul evolutiv şi de vârsta pacienților. Unele trăsături psihopatice, şi în special reacțiile de tip excitabil, pot fi influențate de medicația psihotropă, în afara acțiunii lor propriu-zise psihotropele sporind întotdeauna permeabilitatea psihică şi oferind o mai bună inducție abordărilor psihoterapeutice şi o mai mare deschidere spre mijloacele psihosocioterapeutice. În funcție de simptome se pot utiliza şi alte medicamente ca neurolepticele, sedative sau tranchilizantele. *Tratamentul psihotrop* efectuat în clinicile de psihiatrie este rezervat mai ales unor faze acute de decompensare comportamentală. Datorită randamentului activității prin efectele secundare pe care le produce acest tratament, se impune totodată luarea altor măsuri de ordin psihosocioterapeutic. În cazul majorității tulburărilor de comportament se utilizează *terapia de tip psihologic*, cu atât mai eficientă, cu cât este aplicată mai de timpuriu copilului sau adolescentului cu probleme.

CONCEPTE-CHEIE

- *Comportament* = ansamblul reacțiilor adaptative, obiectiv-observabile, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca

răspuns la stimulii din ambianță (Tilquin). Comportamentul este, aşadar, expresia exterioară a raporturilor dintre individ şi mediu, a echilibrului pe care individul îl realizează în procesul dinamic de integrare în viața socială şi care este obiectivat, de regulă, într-un sistem de fapte sau de acțiuni supuse unei aprecieri morale.

- *Tulburare de comportament* = formă de dezechilibru psihic, ce implică tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre – sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994). Aceste devieri de conduită sunt, aşadar, nu doar abateri de la normele stării de sănătate, ci şi abateri de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale.
- *Drogomanie (narcomanie)* = atracție vicioasă, folosire sistematică a preparatelor ce induc efecte narcotice, halucinatorii asupra sistemului nervos. Deprinderea consumului de drog creează fenomene de dependență cronică, de regulă doza mărindu-se treptat.
- *Suicid (sinucidere)* = formă specifică de conduită deviantă autodistructivă. Prin suicid nu se urmăreşte atât moartea, desființarea propriei persoane, cât fuga de viață, aşa cum se desfăşoară ea în prezent. Suicidul diferă de tentative de suicid prin faptul că, în cazul celei din urmă subiectul încearcă să-şi ia viața, de cele mai multe ori nevrând să moară, ci doar să atragă atenția, tentativa fiind, de fapt un real strigăt de ajutor.

EXTENSII TEORETICE

Alcoolismul

Alcoolismul *reprezintă o perturbare de comportament, constând în* hiperconsum de băuturi alcoolice. *Suferă de alcoolism acei băutori permanenți, cotidieni, care cad victime ale unui impuls nesatisfăcut şi necontrolabil de a bea.* ***Simptomele alcoolismului*** *(după R. Goldenson apud P. Popescu Neveanu, 1978) sunt: consum în creştere de alcool, de regulă matinal, comportament necontrolat şi absurd în stările de ebrietate, existența „petelor albe de conştiință” (amnezii frecvente privind evenimentele din timpul stărilor de ebrietate). Apariția acestor simptome implică o intermitentă, dar ritmică drogare a creierului prin alcool, ceea ce antrenează, cu timpul, o serie de tulburări organice şi psihice: intoxicație patologică, deficiențe de vitamine şi de nutriție, vulnerabilitate*

la boli, delirium tremens, halucinații alcoolice acute, sindrom Korsakoff şi sindrom Vernicke. Alcoolismul apare şi ca simptom în paralizia generală, în epilepsie şi în psihozele maniaco-depresive. Începutul în alcoolism pare inocent, euforia produsă inițial de consumul de alcool fiind însă tranzitorie, urmată de stări şi reacții mai puțin inofensive. Deşi, în prima fază, alcoolul este excitant prin efectele lui imediate, el determină dereglări ulterior, când, ca urmare a inhibării mecanismelor de control ale individului, apar manifestări impulsive, iraționale, obsesive, delirante, pentru ca în ultima fază să se îngusteze câmpul conştiinței şi să apară fenomenul somnului narcotic. După V. Jelinek (1952) alcoolizarea are 4 stadii. Primul stadiu este prealcoolic *şi se caracterizează prin faptul că subiectul găseşte alinare în alcool în fața oricărei probleme sau necaz. Apoi, consumul devine o plăcere căutată. În stadiul* prodromal *apar amneziile sau acțiunile în stările conştiinței de scurtcircuit, subiectul neamintindu-şi frecvent de ce a făcut sau de ce a spus ceva anume. În al treilea stadiu –* crucial *– se instalează alcoolismul, subiectul bând necontrolat alcool, într-o mare cantitate şi la orice oră a zilei, suferind serioase prejudicii orice activitate desfăşurată de el (mai ales cea profesională). În stadiul al patrulea –* cronic *– apar intoxicația sistematică şi centrarea psihotică a vieții subiectului pe consumul de alcool.*

Consumul de alcool are *efecte* nocive serioase asupra subiectului, atât în plan somatic (tulburări digestive, complicații neuropsihice, anemii, deficiențe vitaminice, reducerea funcției sexuale etc.), în plan psihic (tulburări ale memoriei, ale atenției, afective, halucinații, comportament suicidar, deteriorarea personalității etc.), cât şi în plan social (perturbarea relațiilor sociale normale, afectarea climatului familial, apariția comportamentelor de tip deviant, infracțional etc.).

Alcoolismul *necesită, aşadar, măsuri preventive* (mai ales în rândul adolescenților) şi tratament de recuperare (când este deja instalat), cu succes aplicându-se metodele răspunsurilor condiționate (prin asocierea alcoolului cu reacții repulsive), psihoterapia şi socioterapia.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Care este diferența dintre o conduită normală şi o tulburare de comportament ?

2. Prin ce se remarcă în planul trăsăturilor de personalitate un adolescent cu tulburări de comportament ?

3. Care sunt factorii – cauză ai instalării handicapurilor de comportament ?

4. Imaginați un demers recuperator în cazul unui copil cu eşec şcolar repetat.

BIBLIOGRAFIE

1. ENĂCHESCU C., *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihic*, Ed.Medicală, Bucureşti, 1979.
2. GELDER M., GATH D., MAYOU R., *Tratat de psihiatrie – Oxford*, Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994, ed. a II-a.
3. GORGOS C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1988.
4. IONESCU G., *Psihologie clinică*, Ed. Academiei, Bucureşti, 1985.
5. KULCSAR T., *Factorii psihologici ai reuşitei şcolare,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1978.
6. LAROUSSE, *Dicționar de psihiatrie şi psihopatologie clinică,* Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.
7. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
8. NEVEANU POPESCU P., *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
9. PĂUNESCU C., *Agresivitatea şi condiția umană*, Ed. Tehnică, Bucureşti, 1994.
10. PĂUNESCU C., *Nervozitatea copilului,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
11. PREDESCU V., *Psihiatrie,* vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
12. RĂŞCANU R., *Psihologia comportamentului deviant*, Ed. Universității Bucureşti, 1994.
13. STRĂCHINARU I., *Psihopedagogie specială*, vol. I, Ed. Trinitas, Iaşi, 1994.
14. ŞCHIOPU U., *Dicționar de psihologie,* Ed. Babel, Bucureşti, 1997.
15. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaților*, Ed. Universității Bucureşti, 1990.
16. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
17. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8, Ed. Universității Bucureşti, 1988.
18. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei,* Ed. Universității Bucureşti, 1987.
19. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale*, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
20. VRĂŞMAŞ E., *Educația copilului preşcolar. Elemente de pedagogie la vârsta timpurie*, Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1999.
21. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

6. **DEFICIENȚELE DE LIMBAJ**

6.1. **Definiția deficiențelor de limbaj**

Vorbirea este un mijloc de comunicare specific omului. Ea nu apare spontan la copii, ci constituie un lung şi dificil proces de învățare, presupunând un efort îndelungat din partea individului, în decursul dezvoltării ontogenetice. Articularea sunetelor, respectarea formei gramaticale au devenit acte automatizate la adult. La copil, însă, până la învățarea şi formarea tuturor mecanismelor necesare vorbirii, până la automatizarea acestui act complex, vorbirea este în permanență supravegheată de conştiință.

Experiența de viață a copilului se dezvoltă şi se îmbogățeşte pe baza comunicării verbale cu adulții, ceea ce duce la perfecționarea comunicării verbale şi la însuşirea unor modalități de gândire şi de activitate. Există o inserție subtilă a limbajului în personalitatea umană şi în totalitatea comportamentelor dobândite ale copilului. O serie de caracteristici diferențiale din conduita verbală a copiilor sunt determinate de dezvoltarea ontogenetică, a capacității de verbalizare, la care îşi aduc o contribuție însemnată procesul instructiv-educativ şi experiența practică. În activitatea sa verbală, copilul face eforturi vizibile pentru a pronunța corect cuvintele, propozițiile, frazele. Modul în care copilul se realizează pe linia achizițiilor, în planul vorbirii şi al dezvoltării psihice, este influențat de o serie de factori, precum mediul de viață şi de activitate al copilului, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența procesului instructiv-educativ, capacitățile intelectuale ale copilului, afectivitatea şi personalitatea acestuia.

Este necesar, prin urmare, ca toate organele şi aparatele vorbirii să se dezvolte normal, pentru a determina o dezvoltare armonioasă a limbajului. Aceasta este o condiție necesară, dar nu şi suficientă. Un element esențial în dezvoltarea vorbirii este şi cel educativ, respectiv

influența directă a mediului social. Atunci când unele dintre aceste condiții lipsesc, se instalează ***tulburările de limbaj***.

În categoria tulburărilor de limbaj se cuprind toate deficiențele de înțelegere şi exprimare orală, de scriere şi citire, de mimică şi articulare. Orice tulburare, indiferent de forma sa, care se răsfrânge negativ asupra emisiei ori a percepției limbajului face parte din categoria tulburărilor de limbaj. Prin **tulburare de limbaj** înțelegem toate *abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii cât şi al perceperii, începând de la dereglarea componentelor cuvântului şi până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (M.Guțu,1975).* Tulburările de limbaj se diferențiază de particularitățile vorbirii individuale; acestea din urmă reprezintă variații în limitele normalului ale limbajului şi prezintă anumite caracteristici:

a. *Neconcordanța dintre modul de vorbire şi vârsta vorbitorului* – dacă, până la 4 ani, pronunțarea greşită a unor sunete constituie o manifestare în limitele fiziologice speciale ale normalului, care nu reclamă exerciții logopedice speciale, după acea vârstă deficiențele de limbaj sunt de natură defectologică şi necesită un tratament logopedic.

b. Caracterul staționar al tulburărilor de limbaj – imperfecțiunile care apar în procesul evoluției ontogenetice a limbajului şi care în jurul vârstei de 4 ani se lichidează de la sine în procesul normal de învățare a vorbirii de către copii nu prezintă o semnificație defectologică. Tulburări de limbaj pot fi considerate numai acele deficiențe care se mențin după vârsta de 4 ani şi care prezintă tendințe de agravare în timp.

c. Succesibilitatea mărită la complicații neuro-psihice – persoanele care prezintă tulburări de limbaj pot înregistra complicații neuropsihice, tulburări de conduită şi de personalitate. Aceasta pentru că tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, influențează negativ întregul comportament uman, datorită, pe de o parte, posibilităților reduse de exprimare, iar pe de altă parte, existenței unei anumite temeri şi rețineri a handicapaților de limbaj, care îi împiedică să se desfăşoare la nivelul posibilităților lor reale.

d. Necesitatea aplicării unui tratament logopedic. În timp ce particularitățile individuale de limbaj dispar treptat, fără un tratament logopedic, tulburările de limbaj nu dispar de la sine. De aceea, în funcție de natura şi specificul fiecărei tulburări de limbaj, sunt absolut necesare

exerciții logopedice speciale, pentru prevenirea şi corectarea acestora. Cu cât tratamentul logopedic se desfăşoară mai de timpuriu şi în mediul natural de viață al copiilor, cu atât este mai eficient. Vârsta de 4 ani este considerată, în general, ca fiind cea mai indicată pentru realizarea tratamentului logopedic.

Proporția tulburărilor de vorbire scade o dată cu vârsta. Ele se corectează, în mare măsură, sub influența procesului de învățare. Totuşi unele dintre ele persistă, chiar şi după mai mulți ani de şcolarizare. Gradul şi caracterul tulburărilor de vorbire se răsfrâng asupra activității şi comportamentului copilului. În felul acesta, însuşirea cunoştințelor este împiedicată, copilul devenind timid şi izolat de viața colectivă a şcolii şi de colectivitate în general. Depistarea şi înlăturarea tulburărilor de vorbire la copii contribuie, astfel, la asigurarea bunei desfăşurări a procesului de învățământ.

Imposibilitatea de a comunica prin limbaj, dar şi defecțiunile vorbirii pot produce o stagnare în dezvoltarea personalității copilului, pentru că modifică relațiile lui cu oamenii, îl singularizează, îl împiedică, în mare măsură, să participe la joc şi la celelalte activități comune celor mici.

6.2. **Cauzele deficiențelor de limbaj**

Handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere. Dintre **cauzele care pot acționa în timpul sarcinii** cităm: diferitele intoxicații şi infecții, sarcină toxică, cu vărsături şi leşinuri dese, bolile infecțioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carențele nutritive, traumele mecanice ale gravidei (căzături, lovituri în abdomen) care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă, începând cu neacceptarea psihică a sarcinii şi terminând cu trăirea unor stresuri, frământările interioare, spaime care îşi pun pecetea asupra dezvoltării normale a fătului.

Din categoria **cauzelor care acționează în timpul naşterii** menționăm: naşterile grele şi prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, hemoragiile prelungite din timpul sarcinii, alimentația nepotrivită a mamei, consumul de alcool, infecții sifilitice, tuberculoză, gripă infecțioasă, hepatitele epidemice.

Cauze care acționează după naștere (post-natale) şi pot determina tulburări de limbaj sunt:

a) cauze organice:

- traume mecanice, care influențează negativ dezvoltarea SNC al copilului sau afectează auzul şi organele lui fono-articulatorii (cu cât zona atinsă este mai mare, cu atât tulburările sunt mai complexe, pentru că sunt atinşi mulți centri corticali, responsabili de diferite funcții psihice);
- infecții şi intoxicații cu substanțe chimice medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcțional, mecanismele neuro-fiziologice ale limbajului;
- fragilitatea organismului copilului şi a sistemului său nervos face ca, în cazul lipsei de îngrijire şi supraveghere, copilul să fie supus unor accidente sau îmbolnăviri, cu urmări negative pentru dezvoltarea vorbirii (căzături în cap, lovituri în zona frontală la tâmple etc.). Există o serie de infecții ca: tuberculoza, virusuri, diferiți microbi, îmbolnăviri, care produc procese inflamatorii pe meninge (pielița care îmbracă creierul), numite meningite;
- encefalitele acute sunt tot procese inflamatorii de origine microbiană sau virotică, localizate pe scoarță sau pe un alt sector din SNC, care împiedică dezvoltarea normală a vorbirii copilului. Urmările acestei boli, mai ales în cazul întârzierii tratamentului, se manifestă prin stagnarea de lungă durată în dezvoltarea psihică, în general, şi în dezvoltarea vorbirii copilului, în particular;
- aproape toate bolile infecțioase, contagioase sau virotice, apărute în primul an de viață sau în prima jumătate a celui de-al doilea an de viață, au repercusiuni asupra apariției şi dezvoltării vorbirii; în primii ani de viață, copilul este expus la mai multe îmbolnăviri, bolile urechii (otitele), mastoiditele, netratate la timp şi complet, pot duce la leziuni ale urechii medii şi la diferite grade de pierdere a auzului copilului. O stagnare în dezvoltarea normală a vorbirii copilului poate determina: bronho-pneumonia, tuberculoza, scarlatina, rujeola, pojarul, nefrita, gripa infecțioasă, specifice primei copilării; ceea ce vatămă enorm creierul copilului este temperatura ridicată, pe timp îndelungat, a organismului.

b) cauze funcționale – determină tulburări ale limbajului, care privesc, atât zona senzorială (receptoare), cât şi pe cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare dintre componentele

pronunției: expirație, fonație, articulație (ex. dereglări ale nutriției, insuficiențe ale auzului fonematic etc.);

c) cauze psiho-neurologice – influențează mai ales pe acei subiecți care, congenital, au o construcție anatomo-fiziologică cu implicații patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecți cu handicap mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie şi de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice şi acustice. Din această categorie fac parte şi subiecții care manifestă neîncredere exagerată în posibilitățile proprii, timiditate excesivă, ca şi supraaprecierea propriei persoane sau infatuarea ce marchează structurarea personalității şi limbajului. O modificare congenitală şi a regiunii bucale, a aparatului fono-articulator, care împiedică pronunția, necesitând o intervenție chirurgicală este despicătura buzei şi a cerului gurii, în aşa fel încât cavitatea bucală este unită cu cea nazală. Sunetele pe care copilul le poate articula sunt alterate din cauza nazonației şi a timbrului nazal al vorbirii, astfel că vorbirea se dezvoltă greu şi întârzie. O altă malformație congenitală, mai uşoară decât prima, este despicătura buzei superioare, care lasă să se vadă dinții şi gingia. *Imaturitatea* (copii născuți înainte de termen sau născuți la termen, dar sub greutatea normală – 2,5 kg.) poate fi o altă cauză a apariției tulburărilor de limbaj. La aceşti copii se pot întâlni: o evoluție normală a vorbirii, dar cu întârziere în apariția ei, o întârziere în apariția şi dezvoltarea vorbirii, cu evoluție relativ normală a gândirii, întârziere marcantă în dezvoltarea gândirii şi a vorbirii sau dezvoltarea deficitară a vorbirii numai pe linia articulării;

d) cauze psiho-sociale sunt:

- condițiile de mediu şi de educație (atmosfera plăcută din familie, rezultată din bunele relații existente între părinți), necesare unei dezvoltări normale a vorbirii, sunt, de fapt, condițiile necesare dezvoltării psihice generale a copilului. Atunci când această condiție nu există, apar tulburări ale limbajului, ale vorbirii;
- certurile, neînțelegerile dintre părinți exercită un rol inhibitor asupra dezvoltării vorbirii copilului;
- vorbirea răstită, nervozitatea, lipsa de afecțiune împiedică stabilirea unor relații normale între părinți şi copil, iar acest lucru dăunează dezvoltării vorbirii copilului. Unii părinți (mai ales tatăl), motivând lipsa de timp sau alte cauze, nu se apropie de copil foarte mult

timp, nu îi vorbeşte, nu se joacă cu el. Alteori, copiii sunt lăsați în grija unor persoane plictisite, obosite, care nu îi stimulează, nu îi solicită suficient verbal;

- alcătuirea familiei: dacă numărul membrilor familiei este mare, uneori este bine, frații mai mari şi mai mulți având un rol foarte important în stimularea şi învățarea vorbirii de către copil. După un an şi jumătate, rolul său în dezvoltarea vorbirii copilului creşte şi mai mult. Dar dacă colectivul este prea numeros, uneori, părinții nu prea mai au timp să se ocupe de copii, deci de dezvoltarea vorbirii lor;
- aplicarea unor metode greşite în educație, slaba stimulare a vorbirii copilului în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte, pentru amuzamentul adulților, imitarea unor modele cu vorbire deficitară, în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care duc la oboseală excesivă, bilingvismul timpuriu (forțarea copilului să învețe o limbă străină, înainte de a-şi forma deprinderile de a vorbi în limba maternă) etc.;
- regimul zilnic de viață al copilului în familie, nerespectarea orelor de alimentație, a celor de somn, de veghe, care influențează direct întreaga activitate a SNC.

e) alte cauze posibile sunt:

- deficitul de ansamblu sau tulburările de personalitate, care se răsfrâng, în mod secundar, asupra limbajului: oligofrenia, autismul infantil etc.;
- deficitul „instrumental", care afectează instrumentele de recepție şi expresie ale vorbirii: deficitul auditiv, malformațiile organelor periferice afectate vorbirii, paralizia nervilor periferici sau a nucleilor lor de origine, infirmitățile motorii cerebrale (leziuni piramidale, extrapiramidale, cerebeloase);
- deficitul de limbaj şi de vorbire propriu-zis, independent de instrumentul prin care se recepționează şi se exprimă vorbirea şi independent de ansamblul persoanei, este o tulburare a limbajului, care duce la forme de retard sau de alterare a recepției, cu ecou asupra intelectului, afectivității sau comportamentului.

6.3. **Clasificarea deficiențelor de limbaj**

Clasificarea tulburărilor de limbaj este extrem de dificilă şi mult controversată în literatura de specialitate. Aceasta, deoarece, în primul rând, mecanismele anatomo-fiziologice care stau la baza formării şi dezvoltării limbajului sunt foarte complexe şi pot fi afectate în cele mai diferite componente. În al doilea rând, tulburările de limbaj se pot cupla la aceeaşi persoană. Se pot întâlni împreună, de pildă, tahilalia cu bâlbâiala, sau dislalia, bâlbâiala şi disgrafia. La cele de mai sus se adaugă lipsa unei terminologii unitare pentru denumirea tulburărilor de limbaj. Pentru buna colaborare dintre logopezi, cât şi dintre aceştia şi alți specialişti (neurologi, pediatri, ORL-işti) este necesară elaborarea unei terminologii ştiințifice unice.

Una dintre schemele posibile de clasificare a tulburărilor de limbaj, în funcție de mai multe criterii, îi aparține lui **M. Guțu** (1975) şi ia în considerare următoarele criterii:

– *criteriul anatomo-fiziologic*:

- tulburări ale analizatorului verbomotor, verboauditiv ;
- tulburări centrale sau periferice;
- tulburări organice sau funcționale.

– *criteriul structurii lingvistice afectate* :

- tulburări de voce;
- tulburări de ritm şi fluență;
- tulburări ale structurii fonetico-fonematice;
- tulburări complexe lexico-gramaticale;
- tulburări ale limbajului scris.

– *criteriul periodizării, în funcție de apariția tulburărilor de limbaj*:

- perioada preverbală (până la doi ani);
- perioada de dezvoltare a vorbirii (2 – 6 ani);
- perioada verbală (peste 6 ani);

– *criteriul psihologic* :

- gradul de dezvoltare a funcției comunicative a limbajului;
- devieri de conduită şi tulburări de personalitate.

O altă schemă de clasificare este cea elaborată de **E. Verza** (1982), clasificare care ține seama de mai multe criterii în acelaşi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic:

1. *Tulburări ale pronunției*
- dislalie;
- rinolalie;
- dizartrie.

2. *Tulburări de ritm şi fluență a vorbirii*
- bâlbâiala;
- logonevroza;
- tahilalia;
- bradilalia;
- aftongia;
- tulburări pe bază de coree.

3. *Tulburări de voce*
- afonia;
- disfonia;
- fonastenia.

4. *Tulburări ale limbajului citit-scris*
- tulburări totale (agrafia şi alexia);
- tulburări parțiale (disgrafia şi dislexia).

5. *Tulburări polimorfe de limbaj*
- afazia;
- alalia

6. *Tulburări de dezvoltare a limbajului*
- mutismul psihogen (care poate fi acut sau cronic, general sau electiv);
- retardul sau întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii.

7. *Tulburări ale limbajului, bazate pe disfuncții psihice*
- dislogii;
- ecolalii;
- jargonofazii;
- bradifazii.

6.4. **Caracterizarea deficiențelor de limbaj**

6.4.1. *Deficiențele (tulburările) de pronunție*

Pronunția, adică *acțiunea motrică de a exprima verbal sunetele limbii,* poate fi socotită corectă atunci când vorbitorul respectă baza de articulare a limbii în care se exprimă. Orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare se situează în domeniul tulburărilor de pronunție.

- **DISLALIA**

Dislalia („pelticia" în popor) este cea mai frecventă dintre tulburările de pronunție, reprezintă 90% din totalul tulburărilor de limbaj şi este prezentă atât la oamenii normali, cât şi la cei cu handicapuri (de intelect, senzoriale). Dislalia reprezintă *abaterea de la pronunția standard sau incapacitatea subiectului de a pronunța corect un sunet, o silabă sau un cuvânt.*

Se poate vorbi de dislalie:

– când există tulburări de articulare, pronunție, manifestate prin omiterea, deformarea, substituirea, înlocuirea şi inversarea sunetelor;

– când se manifestă incapacitatea de a emite anumite foneme, care are loc permanent, în orice împrejurare, atât în vorbirea spontană, cât şi în cea repetată, în cuvinte, silabe sau în încercarea de a emite izolat fonemul în cauză;

– când există incapacitatea totală sau parțială de articulare sau pronunție, care afectează decodarea mesajelor verbale, îngreunează recepția şi, prin aceasta, decodarea informației, deci, întregul lanț al comunicării fono-auditive interpersonale.

Fenomenul dislalic este diferit de la o țară la alta. Când se pune *diagnosticul de dislalie*, este bine ca copilul să aibă peste trei ani şi jumătate. Până la această vârstă, avem de-a face cu o *dislalie fiziologică.* Vorbirea se corectează de obicei după această vârstă. Dacă, după 3 ani şi jumătate deficiențele se mențin, la baza lor stau cauze nocive, care le pot agrava şi transforma în obişnuințe negative. Situația este şi mai gravă în cazul unor structuri fragile ale SNC.

Tulburarea unității dintre forma şi conținutul vorbirii constituie trăsătura caracteristică a vorbirii dislalice. Tulburările de vorbire caracteristice dislaliei, aparent asemănătoare sub aspectul exterior al

simptomatologiei lor, prezintă, între ele, la o analiză mai profundă a cauzelor determinante şi a mecanismelor implicate, importante deosebiri calitative. Precizarea pe baza acestor deosebiri calitative a unor forme specifice de dislalie asigură cheia succesului în procesul psiho-pedagogic de corectare a dislaliei.

Diagnosticul simptomatologic al dislaliei trebuie să fie completat pe bază de etiologie şi de mecanisme implicate: leziuni ale sistemului nervos central, gradul leziunii şi localizarea ei, leziuni ale organelor de articulație, leziuni ale nervilor periferici, deficiențe ale organelor de recepție auditivă, greşeli şi neglijențe în educația vorbirii copiilor.

Diagnosticul diferențial al tulburărilor de articulație se poate stabili numai ținând seama de toți aceşti factori, ceea ce presupune o examinare complexă a dislalicilor, nu numai sub aspectul vorbirii, ci şi al organelor de vorbire, al condițiilor de mediu social-educativ şi al personalității dislalicului, pe baza cărora se realizează selecționarea metodelor şi a procedeelor diferențiate de tratament, specifice diferitelor forme de dislalie.

Cele mai utilizate criterii de clasificare a dislaliei sunt: cel simptomatologic şi cel etiologic.

A. ***Clasificarea simptomatologică a dislaliei***

Dislalia prezintă variații sub aspect simptomatologic şi se grupează după următorii factori:

1) aspectul exterior, fonetic, al tulburărilor de articulație a sunetelor;
2) raportarea la fonemul denaturat, omis sau înlocuit:
3) gradul de extindere a tulburărilor de articulație:
4) structura articulației deficitare.

1. Prin *aspectele exterioare, fonetice*, tulburările de articulație ale sunetelor vorbirii prezintă o mare diversitate şi se grupează în forme specifice:

• denaturarea sonorității sunetului într-o asemenea măsură, încât acesta nu mai corespunde cu structura articulatorie a sonorității sale normale;

• pronunțarea eliptică, în special a grupelor consonantice, prin omisiuni de sunete sau de silabe (de exemplu, „catană” în loc de „castană”), denumită *moghilalie sau afonemie*;

• inversarea locului sunetelor în silabe şi în cuvinte (spre exemplu „crapă” în loc de „capră”; „potogan” în loc de „topogan”);

• substituirea, înlocuirea unui sunet din cuvânt cu un alt sunet articulat corect, similar cu acesta sub aspect acustic sau articulator (de exemplu „zoc” în loc de „joc”, „loată” în loc de „roată”) – tulburare denumită *paralalie sau parafonemie;*

• vorbirea nazală fonfăită denumită *rinolalie*.

Defectele de sonoritate a fonemelor se mai numesc şi *defecte antropofonice*, iar cele de înlocuire a unui fonem cu altul, *defecte fonologice.*

2. Prin *raportare la fonemul denaturat, omis sau înlocuit*, aceste tulburări de articulație primesc denumiri specifice, prin adăugarea sufixului „ism” (-ismut), iar în cazurile de înlocuire, a prefixului „para-” la literele corespunzătoare alfabetului elin:

• rotacism, pentru denaturarea sau omiterea sunetului „r”

• pararotacism, pentru înlocuirea sa cu un alt sunet.

• lambdacism şi paralambdacism, pentru sunetul „l”

• sigmatism şi parasigmatism pentru sunetele siflante („s”, „ş”, ”z”, ”ț”, „j”, ”ci”, „ce”)

În funcție de sunetele afectate, dislalia se poate clasifica în (după E. Verza):

• betacism şi parabetacism – afectarea sunetului „b”

• capacism şi paracapacism – afectarea sunetului „c”

• deltacism şi paradeltacism – afectarea sunetului „d” şi „t”

• fitacism şi parafitacism – afectarea sunetului „f”

• gamacism şi paragamacism – afectarea sunetului „g”

• mutacism şi paramutacism – afectarea sunetului „m”

• rotacism şi pararotacism – afectarea sunetului „r”

• sigmatism şi parasigmatism – sunetele afectate sunt cele sigmatice „s”, „ş”, „z”, „ț”, „j”, „ci”, „ce”.

Sigmatismele sunt cele mai frecvente dislalii şi la rândul lor pot fi parțiale şi totale în funcție de numărul sigmaticelor afectate:

• hapacism şi parahapacism – sunetul afectat este „h”

• jotacism şi parajotacism – afectarea fonemului „j”

• nutacism şi paranutacism – afectarea fonemului „n”

• pitacism şi parapitacism – afectarea fonemului „p”

• tetacism şi paratetacism – afectarea fonemului „t”

• vitacism şi paravitacism – afectarea fonemului „v”
• zitacism şi parazitacism – afectarea fonemului „z”
Afectarea vocalelor nu are o denumire specială.

3. Prin *gradul de extindere a tulburărilor de articulație (*sau aspectul cantitativ) se diferențiază forme diferite de dislalie:

- dislalie simplă sau parțială – o tulburare restrânsă, limitată adeseori la un singur sunet (ex.: lambdacismul caracterizat prin omisiunea sau distorsiunea sunetului „l”);
- dislalie polifonematică – sunt tulburate mai multe sunete (ex.: sigmatismul caracterizat prin denaturarea siflantelor, şuierătoarelor şi africatelor);
- dislalia totală sau universală – constituită din pronunțarea defectuoasă a majorității sunetelor vorbirii, atât consoane cât şi unele vocale.

Forma tipică de dislalie totală rezidă în înlocuirea majorității consoanelor şi a combinațiilor consonantice cu un singur sunet, mai frecvent cu consoana „t”.

După unii autori (E.Jurcău şi N. Jurcău), dislalia universală atinge forma cea mai gravă atunci când majoritatea sunetelor sunt substituite cu sunetul „t”. A. Fournie a denumit această dislalie hotentotism, iar Hvatțev tetism.

4. *Prin raportarea la structura articulatorie deficitară*, dislalia este:

- homorganică sau monomorfă – dacă este limitată la o singură grupă de articulație (de ex. numai labialele);
- polimorfă sau multiplă – dacă se extinde asupra unor grupe diferite de articulare (de ex. la sunetele prelinguale şi la cele postlinguale).

Dislalia multiplă apare la denaturări ale sunetelor din două regiuni diferite de articulație şi coarticulație. În cazurile unor denaturări extinse la 3 regiuni de articulație şi de coarticulație se pune diagnosticul de dislalie universală. Criteriul structurii de articulație, deşi constituie un indice pozitiv în aprecierea diferitelor forme de dislalie, trebuie să fie completat în practica logopedică şi prin cel al gradului de afectare a inteligibilității vorbirii. Sub acest aspect, unele forme de parasigmatism, prin faptul că pot afecta toate sunetele siflante (ceea ce se răsfrânge negativ asupra inteligibilităţi vorbirii), trebuie să fie considerate nu dislalii simple, ci multiple.

Clasificarea tulburărilor de articulație pe baza criteriului simptomatologic este numai provizorie pentru că simptomele sunt numai manifestări ale dislaliei. Se impune cu necesitate analiza tulburărilor dislaliei şi pe baza criteriului etiologic.

B. ***Clasificarea etiologică a dislaliei***

Criteriul etiologic scoate în evidență cauzele care au generat dislalia. Ele pot fi de natură organică sau funcțională, centrală sau periferică.

Unii autori sunt de părere că dislalia este cauzată nu numai de unele modificări anatomice ale aparatului articulator, ci şi de multiplele tulburări de inervație aferente şi eferente ale muşchilor care participă în articulație şi de existența unor modele corticale ale articulației sunetelor, defectuos formate.

- **DISLALIA ORGANICĂ**

Cauzele organice pot fi grupate în: malformații sau leziuni ale aparatului fonoarticulator, leziuni organice ale analizatorului auditiv, leziuni centrale şi afecțiuni ale căilor centrale.

a. Malformații sau leziuni ale aparatului fonoarticulator

Toate componentele aparatului fonoarticulator (buze, dinți, alveole, palat dur, palat moale, maxilare, limbă) joacă un rol deosebit în fonație şi articulație. Anomaliile acestor organe împiedică fonoarticulația sunetelor, generând tulburări de articulație.

În funcție de zona afectată există:

• anomaliile labiale (rigiditatea buzelor, lipsa lor de mobilitate, despicături labiale sau buza de iepure, despicături labio-nazo-alveolare) împiedică articularea bilabialelor şi labiodentalelor;

• anomaliile labio-dentale (scurtarea buzei superioare, care este asociată cu lungimea anormală a dinților incisivi superiori centrali şi cu gingii groase şi proeminente) favorizează mai degrabă o acomodare labio-dentală, cu deformația acustică respectivă, decât o acomodare bilabială, practic nerealizabilă;

• anomalii dento-alveolare (dinți rău implantați, creşteri suplimentare de dinți sau lipsa unor dinți, mai ales după traumatisme) împiedică articularea fonemelor labio-dentale;

• anomaliile maxilarelor (progenia, prognatismul, muşcătura deschisă) se reflectă negativ asupra articulării bilabialelor, labio-dentalelor, linguo-dentalelor;

• anomaliile labio-maxilo-palatine (despicăturile de palat de tipul palato-schizis sau cheilo-schizis – „gura de lup") dau naştere la o vorbire rinolalică;

• anomaliile linguale (macroglosia-limbă prea mare ca volum, microglosia, anchiloglosia – anchilozarea limbii etc.) împiedică articularea linguo-dentalelor.

Dislalia cauzată de malformații sau leziuni ale organelor periferice de vorbire se numeşte ***dislalie organică de tip mecanic***. În funcție de localizarea malformațiilor sau leziunilor, se întâlnesc mai multe tipuri de dislalie mecanică: labială, dentală, palatală, linguală, laringuală.

b. Leziuni organice ale analizatorului auditiv

Analizatorul auditiv poate avea un deficit din cauza unor leziuni la nivele diferite. Vorbirea este tulburată în funcție de gradul de surzenie, de vârsta la care s-a produs aceasta şi de inteligența hipoacuzicului.

Tulburările de pronunție determinate de leziuni organice ale analizatorului auditiv sau de traumatizarea celulelor auditive formează categoria dislaliilor audiogene.

Formele de dislalie audiogenă cresc în gravitate pe măsură ce pierderile de auz sunt la frecvențe din ce în ce mai înalte. Între 20 şi 40 dB, vorbirea se desfăşoară în limitele normalului. Între 40 şi 70 dB apar dificultăți de percepție. Între 70 şi 90 dB sunt cuprinse formele grave de tulburări auditive când nu sunt percepute siflantele (sunetul *s)*, şuierătoarele, din care cauză aceste sunete sunt prezentate denaturat generând disfonemii, parafonemii sau moghilalie.

Tulburări de articulație pot să apară şi în afara leziunilor după o traumatizare a celulelor auditive cauzată de excitanți sonori prelungiți. De exemplu, zgomotul implicat în exercitarea unei profesiuni poate traumatiza urechea, ducând la pierderi auditive care se manifestă sub forma unei surdități insulare, a unei paracuzii pentru o gamă restrânsă de frecvențe, dincolo de care acuitatea auditivă se menține în limitele normalului.

c. Leziuni centrale şi afecțiuni ale căilor centrale

Leziunile cerebrale şi afecțiunile căilor centrale apar după o traumatizare sau hemoragie cerebrală consecutivă unei naşteri grele, sau

după o encefalită din prima vârstă. Limbajul îşi are sediul pe scoarța cerebrală, în lobul frontal stâng, în partea anterioară a scizurii lui Sylvius. În cazul leziunii acestei zone sau a căilor centrale, piramidale sau extrapiramidale, ori a cerebelului, apar tulburări de pronunție. Leziunile organice ale căilor centrale ale vorbirii survenite la o vârstă care precede dezvoltarea limbajului au, de asemenea, ca urmare tulburări de articulație.

Tulburările de articulație ce însoțesc procesele patologice centrale formează categoria *dislaliilor centrale sau „de evoluție”*. Dislalia centrală constă în incapacitatea de a formula sau pronunța corect anumite sunete sau grupe de sunete (Nadoleczny) şi se manifestă prin alterarea, înlocuirea sau omiterea anumitor foneme sau prin inversarea locului pe care îl ocupă în alcătuirea silabelor şi cuvintelor. Calificativul „de evoluție” arată caracterul regresiv spontan (sau după scurt tratament logopedic) al acestei tulburări de vorbire de tip dismaturativ şi se verifică prin modul în care frecvența dislaliei scade invers proporțional cu vârsta.

Semnificativ este experimentul cercetătorului C. Păunescu pe copii preşcolari, când a ajuns la concluzia că dislalia de evoluție nu scade numai în funcție de vârstă, ci şi de asistența pedagogică pe care o acordăm copiilor.

Instalarea dislaliei centrale este favorizată de două tipuri de condiții*: intrinseci* manifestate printr-o labilitate neuro-psihică consecutivă unui factor ereditar sau dobândit şi *extrinseci*, întâlnite în cazul tulburărilor de limbaj din ambianța copilului (soră, frate, grupul în care se joacă, părinți) şi al bilingvismul la vârste foarte mici.

- **DISLALIA FUNCȚIONALĂ**

Dislalia funcțională este determinată de o incapacitate a organelor normale de vorbire de a-şi îndeplini funcțiile verbale. Dislalia funcțională apare pe fondul dislaliei fiziologice, ca urmare a permanentizării unui mod defectuos de vorbire. Simptomele dislaliei funcționale dispar frecvent pe la vârsta de 5-6 ani. La unii copii, ele se mențin şi la vârsta şcolară, până la 8 ani şi chiar după această vârstă, putând fi semnalată în continuare şi la adulți. Cauza cea mai frecventă a unei dislalii grave şi persistente o constituie întârzierea mintală, deşi unele forme de dislalie durabilă apar şi printre copii cu intelect normal. În studiul acestor dislalii funcționale grave şi persistente trebuie luate în considerare tulburările de dezvoltare ale funcțiilor motrice şi senzitive intrinseci actului de emisie şi

de recepție verbală. Aceste tulburări se grupează în două forme specifice: dislalia motorie şi dislalia senzorială.

a. Dislalia motorie (motrică)

Dintre cauzele motorii ale dislaliei menționăm: debilitatea musculară, disabilitatea motorie a organelor de vorbire, dificultăți de coordonare a muşchilor implicați în actul vorbirii, stângăcia şi contrarierea acesteia. Dislalia motorie este cauzată de debilitate musculară şi de disabilitate motorie a organelor de vorbire. Ea apare datorită tulburărilor din analizatorul motor, în special a componentei sale verbo-kinestezice, cum sunt: întârzieri ale dezvoltării motrice, dificultăți de coordonare şi control a mişcărilor de vorbire, viteză deficitară a mişcărilor articulatorii, o disabilitate motorie sau, în mod mai general, aptitudine deficitară – pentru vorbire.

Un indice caracteristic al dislaliei motorii îl constituie capacitatea dislalicului de a deosebi pronunțarea corectă de cea eronată, atât în vorbirea altor persoane, cât şi în cea proprie.

La copiii cu dislalie motorie se semnalează frecvent şi o amnezie expresivă, caracterizată prin incapacitatea de a executa vocal melodiile pe care le percep şi le recunosc, deosebind notele muzicale corecte de cele false atât în intonația altora, cât şi în cea proprie.

Tabloul cel mai evident al dislaliei de tip motric îl constituie mişcările inadecvate, dificultățile de control şi de coordonare a muşchilor, la acei copii care sunt conştienți de execuțiile pe care trebuie să le realizeze pentru a produce prin imitație sunetul auzit.

b. Dislalia senzorială

Dintre cauzele senzoriale ale dislaliei menționăm: dificultăți de discriminare a sunetelor la nivelul componentei corticale a analizatorului auditiv, deficiență de memorie auditivă, tulburările auzului fonematic, lipsa atenției acustice, disabilitate senzorială de realizare a articulației sunetelor**.**

Dislalia senzorială este acea formă de dislalie funcțională care apare pe baza unor deficiențe ale mecanismelor verbale senzitive, în special de auz fonematic, la persoane cu o motricitate articulatorie normală. Dislalia senzorială se caracterizează prin substituiri şi inversări determinate de perceperea, memorarea şi recunoaşterea eronată a unor foneme. Aceste substituiri şi inversări de sunete apar nu numai în vorbire, ci şi în scris

(dislexie – disgrafie). Cel mai frecvent dislalia senzorială reprezintă o tulburare sub aspect acustic în structura sonoră a fonemelor, determinată de incapacitatea de a le diferenția precis pe bază de auz.

La copiii mici, componenta corticală a analizatorului auditiv nu posedă o capacitate suficientă de diferențiere şi ca atare ei întâmpină dificultăți în discriminarea unor sunete apropiate ca structură acustică, în special a celor siflante. Aceste dificultăți de discriminare, până la o anumită vârstă (de 3-4 ani), prezintă un caracter fiziologic.

Datele audiometriei tonale scot la iveală faptul că persoanele cu dislalie senzorială au auzul normal din punct de vedere fiziologic, dar este tulburat auzul fonematic.

O altă cauză care generează dislalii senzoriale este şi disabilitatea senzorială de realizare a articulației sunetelor, datorită insuficientei analize şi sinteze kinestezice, a mişcărilor de vorbire. Dislalicul nu sesizează cu precizie poziția organelor lui fonoarticulatorii, din care cauză nu poate executa corect mişcările articulatorii necesare în emiterea unui sunet. De aceea este necesar un control vizual sau folosirea mijloacelor auxiliare (oglinda logopedică, spatule, aparate).

Dislalia senzorială este de origine centrală, fapt pentru care în literatura de specialitate o mai întâlnim şi sub denumirea de dislalie prin deficit cortical de discriminare şi memorizare a sunetelor.

- **DISLALIA SOCIOGENĂ**

Formele pe care le îmbracă dislalia sociogenă sunt: prin imitație, prin educație deficitară şi prin bilingvism.

Cauzele psihosociale ale dislaliei

Tulburările de pronunție nu sunt legate numai de anomalii organice sau funcționale ale organelor de vorbire. Examinarea copiilor cu tulburări de limbaj a scos la iveală factorii psihosociali care, independent sau în corelație cu factorii organofuncționali, au contribuit la producerea tulburărilor de articulație. Dislalia sociogenă ia naştere din dislalia fiziologică prelungită peste vârsta de 4 ani, în condiții de mediu defavorabil dezvoltării limbajului.

a. Dislalia prin imitație

Această dislalie se caracterizează printr-o labilitate articulatorie dismaturativă şi printr-o posibilitate de discriminare fono-auditivă

insuficientă, copilul imitând inconştient modelele vorbirii adulte. Dacă părinţii sau persoanele din jurul copilului au tulburări de pronunţie sau dacă acestea abuzează în dialogul cu copilul de „vorbirea infantilă”, atunci un astfel de copil are toate şansele de a-şi forma, prin imitaţie, deprinderi durabile de pronunţie incorectă. Încurajarea pronunţiei incorecte pentru amuzamentul celor din jurul copilului sau pentru ridiculizarea lui este foarte dăunătoare, ea ducând treptat la fixarea tulburării de pronunţie.

b. Dislalia prin educaţie deficitară

Această formă de dislalie sociogenă este cauzată de existenţa – în perioada de formare a limbajului – a unui climat familial educativ necorespunzător. Dintre factorii climatului nefavorabil care influenţează negativ dezvoltarea la timp şi corectă a limbajului menţionăm: tipul de voce cu care adulţii se adresează copilului, supraprotecţia şi perfecţionismul. Vorbirea piţigăiată utilizată de unii adulţi în relaţiile lor cu copilul, graba unor părinţi de a oferi copilului tot ce el nu apucase să solicite verbal, precum şi pretenţia absurdă a adulţilor de a obţine de la copilul mic o exprimare perfectă, când încă vârsta nu-i permite, toate acestea reprezintă condiţii nefavorabile de dezvoltare a limbajului.

c. Dislalia prin bilingvism

Această dislalie se instalează, de obicei, atunci când părinţii vorbesc curent, în familie, două limbi diferite sau când copilul este forţat să înveţe o a doua limbă înainte de însuşirea celei materne. Bilingvismul la o vârstă fragedă, sub vârsta de 4 ani, este o adevărată pedeapsă pentru copil, el fiind nevoit să-şi însuşească sisteme de articulare diferite, ceea ce-i îngreunează vorbirea.

Cunoaşterea formelor dislaliei ajută la aplicarea unei metodologii adecvate procesului de corectare a vorbirii copiilor.

- **RINOLALIA**

Rinolalia (în popor numită „**fonfăială”, adică vorbire pe nas**) este o formă a dislaliei, de aceea se mai numeşte şi dislalie „organică”. Ea se produce ca urmare a unor malformaţii ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau a unor influenţe ale dezvoltării acestuia; poate fi determinată de unele boli infecţioase, de vegetaţiile adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, de

hipoacuzie, de funcționarea defectuoasă a muşchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale.

În rinolalie se manifestă tulburări de pronunție specifice dislaliei, ea *constând în pronunțarea nazonată a sunetelor*. În rinolaliile mai accentuate e afectată, prin tulburări combinate de articulație şi de rezonanță a sunetelor, nu numai latura estetică, ci şi inteligibilitatea vorbirii. Conținutul vorbirii rinolalicilor devine, prin modificările nazale ale aspectului sonor, mai puțin accesibil înțelegerii şi comunicării orale. La vârsta şcolară o astfel de tulburare formează un obstacol în frecventarea învățământului de masă de către copil. Rinolalia se instalează frecvent pe la 2-4 ani, apărând mai ales la copiii răsfățați, fiind afectate mai ales vocalele.

Din punct de vedere etiologic există cauze care provoacă exclusiv rinolalia sau dislalia dar şi cauze comune celor două. Există două tipuri de cauze ale rinolaliei: organice şi funcționale.

Cauzele organice ale rinolaliei deschise pot fi anomalii la nivelul vălului palatin, insuficienta dezvoltare a acestuia ca urmare a unor boli infecțioase, vegetații adenoide sau polipi, paralizia sau atonia vălului palatin, despicături labio-maxilo-palatine.

Cauzele funcționale sunt incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului şi a muşchilor faringo-nazali, imitarea vorbirii unor persoane rinolalice în perioada însuşirii vorbirii de către copil. Despicăturile palatului provoacă o serie de tulburări rinolalice denumite palatolalii, care, conform opiniei unor autori, s-ar înscrie în categoria dislaliei mecanice deoarece predomină deficiențele în pronunțarea sunetelor.

Spre deosebire de dislalie, unde sunt afectate mai ales consoanele, în rinolalia organică deschisă sunt afectate atât vocalele, cât şi consoanele, mai ales cele explozive şi cele surde care se înlocuiesc cu sunete nedesluşite produse prin aşa-numitul „coup de glotte”.

Clasificarea rinonaliei

Rinolalia se poate prezenta sub mai multe forme:

a. ***aperta (deschisă),*** în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor, parcurge, predominant, calea nazală;

b. ***clauza (închisă),*** când unda expiratorie necesară pronunțării sunetelor nazale (*m, n*) se scurge pe traiectul bucal. Această formă este realizată în două modalități: *forma anterioară* – când narinele sunt

blocate, respirația desfășurându-se perturbat şi *forma posterioară* – când este obstrucționat naso-faringele;

c. ***mixa (mixtă***), în care unda expiratorie trece, alternativ atât pe cale nazală, cât şi pe traiectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

În palatolalie, consoanele orale se pronunță nazal sau sunt omise. Consoanele fricative sunt pronunțate prin suflu nazal accentuat (*deperdiție nazală* cum o numeşte E.Verza). La fel ca în dislalie, cele mai afectate sunt siflantele, deoarece ele presupun un suflu puternic şi concentrat ce nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului pe cale nazală, fiind astfel omise sau înlocuite cu sunete „sparte”.

Spre deosebire de dislalie, în rinolalia deschisă sunt afectate şi vocalele, mai ales *i, u* şi mai puțin vocala *a*. Cel mai puțin afectate în cazul rinolaliei deschise sunt sunetele *m şi n.*

În cazul rinolaliei funcționale sunt aceleaşi fenomene ca în cazul celei organice, dar amploarea şi gravitatea lor sunt diminuate.

- **DIZARTRIA**

Dizartria nu este o tulburare de vorbire, ci numai de rostire. Ea, deci, nu afectează vorbirea în general, ci numai vorbirea rostită, şi anume latura ei instrumentală, la un nivel intermediar, între organul periferic de execuție şi centrul cortical de elaborare şi comandă.

Dizartria se manifestă printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o pronunțată rezonanță nazală în care monotonia vorbirii se îmbină cu pronunțarea neclară. La dizartrici apar şi o serie de complicații psihice ce se produc în sfera afectivă, senzorială, mintală, psiho-socială şi motrică. Dată fiind originea sa, dizartria se mai numeşte şi **dislalie centrală**. Din punct de vedere simptomatologic, fenomenele sunt asemănătoare dislaliei obişnuite, dar mult mai grave.

Tabloul manifestărilor dizartriei este în funcție de componenta motrică implicată în ea, componentă care constituie şi un criteriu de clasificare a acestei tulburări:

1) *dizartria bulbară şi pseudobulbară* (în care sunt tulburați neuronii motori de la nivelul bulbului) comportă diminuarea forței de articulare şi o deperdiție nazală care reduce suflul;

2) *dizartria distonică şi de incoordonare* (produse prin leziuni profunde ale creierului şi ale trunchiului cerebral în partea sa superioară).

Se instalează un debit silibar şi trunchiat, o tensiune globală şi excesivă a muşchilor organelor fonoarticulatorii cu dificultatea de a întrerupe mişcarea începută.

3) *dizartria cerebeloasă* (în care tulburările apar la nivelul căilor cerebeloase) se caracterizează prin bruschețea, scandarea şi caracterul exploziv al vorbirii, dizartricul pierzând controlul respirației, al poziției limbii şi buzelor în timpul articulării.

O caracteristică importantă a dizartricului este aceea că, de cele mai multe ori, el este conştient de handicapul pe care îl are. Ca urmare, depune eforturi repetate pentru a-şi corecta vorbirea, dar aceasta duce la o încordare sporită care nu numai că nu-l ajută, ci, dimpotrivă, comite greşeli mai frecvente.

6.4.2. *Deficiențele de ritm şi fluență ale vorbirii*

- **BÂLBÂIALA**

C. Stănică şi E.Vrăşmaş definesc **bâlbâiala** ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifestă prin „dezordini intermitente ale pronunției, repetări convulsive şi blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificultăți în articularea unor cuvinte”. De fapt, bâlbâiala este o tulburare de ritm a vorbirii.

Bâlbâiala constă în repetarea unor silabe la începutul şi mijlocul cuvântului, cu pauze între acestea, sau apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator, care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. Această tulburare de vorbire se caracterizează prin: modificări de vorbire (spasme ale aparatului fono-articulator, aritmie, monotonia vorbirii, inversiuni în frază – pentru evitarea cuvintelor „problemă”, sunete care „paralizează” vorbirea, vorbire concisă – incompletă refuzul de a vorbi), mişcări şi acțiuni asociate – reprezentate de ticuri sau ritualuri de deblocare sau liniştire. Alt tip de simptom al bâlbâielii este reprezentat de anumite modificări psihice cum ar fi: activitate dezorganizată, încordare, nelinişte permanentă legată de vorbire, negativism, nevoie permanentă de ocrotire, izolare socială, emotivitate crescută, tulburări ale cititului, dar şi ale scrisului, comportament neadaptat.

Aşadar, bâlbâiala se caracterizează prin întreruperea vocii, fără leziuni ale organelor fonoarticulatorii, fiind foarte vizibilă şi afectând profund înțelegerea vorbirii de către cei din jur. Există o lipsă de

coordonare între ceea ce gândeşte şi ceea ce spune cel bâlbâit. Această tulburare de limbaj poate apărea pe la 5-6 ani şi chiar mai târziu – la vârsta adolescenței, ca urmare a unei emoții bruşte sau a unei spaime mari. Cursivitatea exprimării este grav afectată, prin apariția unor blocaje iterative sau a unor spasme puternice, o dată cu încercarea de rostire a primelor silabe din propoziții, sintagme sau chiar din cadrul unor cuvinte.

Bâlbâiala este considerată o tulburare a controlului motor al vorbirii, în care înlănțuirea succesivă a sunetelor din cuvinte nu se mai poate realiza după modelul firesc şi expresiv al unei limbi. În cazul ei apar reacții secundare, ca efect al încordării şi suprasolicitării sistemului nervos, uneori fiind trăită dramatic prin manifestări neurovegetative, schimbarea culorii feței, transpirație, tulburări de somn, cresc agitația şi nervozitatea, respirația devine scurtă şi întreruptă, se vorbeşte în timpul inspirului.

Această tulburare de limbaj se manifestă într-o formă mai puțin accentuată atunci când copilul vorbeşte în şoaptă, când trebuie să cânte (mai ales într-un cor) sau când ceea ce spune el este perturbat de un fundal zgomotos. În schimb, când este pus să scrie sau să deseneze, copilul cu bâlbâială manifestă particularități agravante sub forma alungirii grafemelor – unirea lor chiar – sau a disparării lor accentuate.

Cauzele bâlbâielii pot fi:

- imitarea de către copiii mici a unor persoane adulte sau a unor copii care au un asemenea handicap;
- bilingvismul;
- traume psihice;
- stres determinat de emoții, şoc, sperieturi, spaime, deprimare afectivă, impresia de frustrare, de nedreptate;
- tulburări ale respirației, manifestate prin apariția spasmelor respiratorii şi încercarea de a sili copilul să adopte un ritm respirator total greşit, prin efectuarea unor inspirații adânci, insistând să facă pauze mari după fiecare cuvânt, pentru a evita pripirea;
- factori de natură ereditară;
- presiuni, acțiuni cu caracter represiv, constând din anumite măsuri educative greşite ale părinților în legătură cu dereglările din exprimările copilului;
- observații dojenitoare asupra deficiențelor de vorbire;

- pedepse severe administrate de părinți pentru că, în anumite situații, copiii se bâlbâiau;
- ironia, prin luarea în râs şi imitarea bâlbâielii, cu scopul de a sili copilul să fie atent în exprimare;
- încercarea de a-l face pe copil să vorbească în fața străinilor, în împrejurarea în care acesta se jenează;
- nemulțumirea mamei (mai ales), pentru toate acțiunile copilului;
- dezaprobarea şi critica foarte severă pentru cea mai mică eroare;
- observații cu ton ridicat, răstit, până la țipăt;
- hiperprotejarea copilului;
- labilitate emotivă: treceri rapide de la o stare afectivă la alta, jenă exagerată, tremur uşor;
- conflicte determinate de neînțelegeri între părinți şi copii, pe de o parte, şi între părinți, pe de altă parte;
- dezorganizarea familială.

Aşadar, *cauzele bâlbâielii* sunt de trei categorii: condiții agravante, condiții favorizante şi factori declanşatori. *Condițiile favorizante* sunt reprezentate de: caracteristicile proceselor de excitație şi inhibiție (în hiperexcitabilitate bâlbâiala este mai frecventă), debilitate somato-psihică, mediu familial traumatizant (sufocare afectivă, părăsiri, familii dezorganizate), supraîncordare nervoasă, imitația. *Condițiile agravante* sunt: situații în care trebuie să vorbească copilul, atitudinea familiei față de tulburarea de vorbire (ironizare, corectare permanentă etc.), boli debilitante, regim de viață dezordonat (alternarea activității cu somnul, alimentație bazată pe excitante). *Factori declanşatori* pot fi stressul, emotivitatea crescută etc.

Forme clinice ale bâlbâielii

Bâlbâiala poate să apară sub trei forme clinice de manifestare: clonică, tonică şi mixtă. **Bâlbâiala clonică (sau primară)** este repetarea explozivă, involuntară a sunetelor sau a silabelor. Ea apare din cauza contracțiilor musculare de scurtă durată, când se introduc cuvinte/sunete parazite care se repetă de 2-3 ori, cursivitatea vorbirii fiind astfel întreruptă, iar aspectul discursului dezagreabil. Această formă de tulburare implică o serie de dificultăți la nivelul fonoarticulator (cele mai mari probleme ridicându-le cuvintele de legătură şi pronumele),

extralingvistic (fiind afectate ritmul, intonația, tempoul sau pauza în propoziție/frază), la nivel respirator (inversarea tipului de respirație caracteristică sexului, cu tendința de a vorbi în inspirație), precum şi la nivel comportamental (creşterea agresivității, a anxietății etc.).

Bâlbâiala tonică constă în întreruperea/blocarea cursivității vorbirii printr-o încordare subită a organelor de emisie, fiind vorba despre declanşarea spasmului muscular de lungă durată. Atunci când acest spasm cedează, cuvintele blocate anterior erup cu o foarte mare explozie.

De regulă, cele două forme de bâlbâială se succed, în prima fază apărând tipul clonic (simptome manifestate inconştient, fără efort), urmat apoi de tipul tonic (copilul cu această deficiență devenind conştient de defect şi făcând eforturi mari pentru a-l corecta).

Bâlbâiala mixtă este, la rândul ei, de două feluri: **clono-tonică,** în care predomină forma clonică şi **tono-clonică,** în care predomină forma tonică.

- **Logonevroza**

Logonevroza este o altă tulburare de ritm şi fluență a vorbirii care presupune, pe lângă o repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii față de vorbire, de mediul înconjurător şi o prezență a spasmelor, încordării, a unei preocupări exagerate față de propria vorbire. Caracteristică acestei tulburări este *logofobia* (teama crescută de a vorbi, mai ales în public sau în condiții de stres emoțional).

Logonevroza reprezintă, prin urmare, o bâlbâială trăită în mod dramatic, cu conştiința defectului ca atare. Apariția ei depinde de starea psihofiziologică a subiectului, de felul cum trăieşte el, în plan psihic, handicapul. Ea este mult mai complexă, mai profundă decât bâlbâiala, fiind însoțită de modificări comportamentale serioase.

În mod obişnuit, la copii apare întâi bâlbâiala şi apoi logonevroza, în timp ce la adolescenți se poate ca să apară direct logonevroza (pe fondul unor traume emoționale puternice, a unui şoc afectiv recent etc.).

- **Tahilalia**

Este caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă şi care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate.

- **Bradilalia**

Se manifestă printr-o vorbire rară, lentă, încetinită, cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în oligofrenie.

- **Aftongia**

Ia naştere atunci când, în muşchii limbii, se produce un spasm tonic, de lungă durată.

- **Tulburările coreice**

Sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor fonoarticulatorii, mimicii, care se manifestă concomitent cu producerea vorbirii.

6.4.3. *Tulburările vocii*

Sunt distorsiuni ale spectrului sonor ce se referă la: intensitatea, înălțimea, timbrul şi rezonanța sunetelor. (C.Stănică, E.Vrăşmaş, 1997).

Tulburările de voce se referă la suprimarea sau deteriorarea anumitor foneme, tendința de a emite sunetele, în condițiile unei motricități elementare, calitatea fonetică fiind profund alterată, iar melodia vocii pierdută. Apar astfel asimilări, substituiri, care corespund unei comodități în articulare.

Cauzele tulburărilor de voce pot fi: organice, funcționale ori psihogene.

Cauzele organice pot fi înnăscute sau dobândite, reprezentate de malformații ale organelor fonatoare precum:

– bolta palatină prea înaltă/coborâtă sau prea îngustă;
– palat moale/despicat/paralizat;
– deformări ale limbii, dinților;
– deviații de sept;
– polipi nazali;
– noduli ai corzilor vocale;
– tumori faringiene benigne etc.

Cauzele funcționale pot fi: paralizii (ale corzilor vocale, faringelui), hipotonia palatului moale, forțarea vocii, fenomen secundar în hipoacuzii grave.

Cauzele psihogene sunt reprezentate de stres mai ales (situații conflictuale, şoc emotiv, trac, boli psihice şi stări reactive).

Formele clinice ale tulburărilor de voce:

Vocea de cap (stridentă, cu rezonanță cefalică), care se produce la nivelul registrului înalt, mai ales la copiii cu hipoacuzie gravă.

Vocea oscilantă (de falset) se produce atunci când se schimbă registrele vorbirii în emisia vocală.

Vocea gravă este produsă atunci când emisia se face din piept, în registrul grav.

Vocea inspirată este caracterizată de zgomot laringian cauzat de aerul inspirat în momentul când corzile vocale sunt apropiate între ele.

Vocea răguşită se manifestă prin îngroşarea şi slăbirea fonației din cauza inflamării laringelui (gripe, răceli) sau a corzilor vocale. Ea poate avea caracter temporar (în răceală de ex.) sau poate fi cronică. Efectul acestei tulburări este perturbarea expresivității muzicale a vocii sau a forței acesteia.

Vocea nazală este „refluierea" pe nas a aerului expirat în vorbire.

Afonia constă în pierderea vocii ca urmare a lezării laringelui. Vocea, dacă nu dispare complet, se produce în şoaptă din cauza nevibrării corzilor vocale. Este cea mai gravă dintre tulburările vocii şi poate fi cauzată de inflamații ale laringelui, boli ale acestuia, de isterii sau de nevroze etc.

Fonastenia este o tulburare funcțională ce se manifestă prin slăbirea/pierderea temporară a vocii. Ea apare ca rezultat al folosirii incorecte şi abuzive a vocii care determină obosirea ei (ex. profesii care obosesc vocea: profesor, cântăreț, narator etc.). Este mai frecventă la sexul feminin (tocmai datorită verbalizării excesive caracteristice acestui sex).

Pseudofonastenia presupune acelaşi tremur în voce ca şi în cazul tulburării anterioare, însă ea este caracteristică vârstei preşcolare şi are caracter temporar (dispare o dată cu creşterea).

Mutațiile patologice ale vocii sunt cauzate de modificările hormonilor sexuali şi influențează structura anatomo-funcțională a laringelui, dar şi modalitățile de reacționare ale SNC.

Disfonia este o tulburare parțială a vocii, apărută în urma situațiilor de şoc emoțional, traumă psihică, tract angoasă. Aceste situații pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia sau caracterul său şters, nediferențiat.

6.4.4. *Tulburările de limbaj scris-citit*

Tulburările lexico-grafice *sunt incapacități paradoxale totale în învățarea şi formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacități parțiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenței unor factori psiho-pedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihica a individului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică şi a personalității, a modificărilor morfo-funcționale de la nivelul sistemului nervos central, a deficiențelor spațio-temporale şi psihomotricității, a nedezvoltării vorbirii care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele şi literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformări de litere, neînțelegerea completă a celor citite sau scrise, etc.* (E. Verza, 1983, p.58).

Tulburările de scris-citit se clasifică în: parțiale (disgrafia, dislexia) şi totale (agrafia, alexia).

Tulburările de limbaj scris-citit parțiale *reprezintă incapacitatea unui subiect (capacitate redusă) de a învăța să scrie şi să citească, chiar dacă are parte de toată educația posibilă, chiar dacă are o inteligență corespunzătoare, chiar dacă condițiile familiale, sociale etc. sunt mai mult decât favorabile.*

Tulburările de scris-citit dereglează integrarea socială, prin manifestarea, în multe cazuri, a unor comportamente antisociale, datorită unor eşecuri şi conflicte permanente, cât şi instalării unor trăsături caracteriale negative: negativism, descurajare, inerția, nepăsarea, teama de insucces, izolarea.

Dislexia este dificultatea de a citi, manifestată prin tulburări la nivelul percepției auditive, optice şi kinestezice, mai general spus toate tulburările ce intervin în achiziția cititului, în mecanismele acestuia.

Disgrafia, constă în incapacitatea copilului dezvoltat normal din punctul de vedere al limbajului, auzului şi intelectului, de a învăța corect şi de utiliza scrisul în condiții normale.

Simptomatologie

În aceste tulburări de limbaj se manifestă tulburări în lexia (citirea) şi grafia (scrierea) vocalelor şi consoanelor, în despărțirea cuvintelor în silabe, tulburări în lexia şi grafia cifrelor şi a numerelor naturale simple şi a celor cu mai multe cifre.

Există confuzii între consoanele surde şi cele sonore (p-b, t-d, c-g, f-v), inversiuni la nivelul silabelor, fonemelor şi grafemelor, omisiuni sau salturi de cuvinte/rânduri în lexie şi în grafice, omisiuni de prepoziţii sau conjuncţii, ritm lent al copierii şi parţial al citirii.

Manifestări ale disgrafiei:

- confuzii constante şi repetate între fonemele asemănătoare acustic, între litere şi grafismul lor;
- inversiuni, adăugiri, omisiuni de litere şi grafeme, cuvinte sau chiar propoziţii;
- greutăţi în combinarea cuvintelor în unităţi mai mari de limbaj;
- tulburări ale lizibilităţii, ale laturii semantice;
- grafemele sunt plasate defectuos în spaţiul paginii, inegale ca mărime şi formă şi au o aşezare dezordonată;
- textul este scurt, lacunar, fără unitate logică;
- apar omisiuni de litere şi silabe, cuvinte propoziţii, sintagme;
- contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, adăugiri de cuvinte, grafeme;
- disortografii;
- rânduri libere sau suprapuse;
- nerespectarea spaţiului paginii, redarea inegală a unor grafeme;
- scrisul servil ca şi cel în oglindă.

Manifestări ale dislexiei:

- neputinţa de a identifica şi citi cuvinte ca un întreg cu o anumită semnificaţie şi sens;
- cuvintele cu o lungime mai mare sunt realizate ca un întreg, după mai multe poticniri;
- întreaga atenţie se centrează pe realizarea citirii cuvintelor ca un întreg şi pe formă, care să ducă la o lectură cursivă, ceea ce împiedică înţelegerea cursivă a textului;
- sunt înţelese şi mai greu sintagmele, propoziţiile, frazele, iar din cauza concentrării asupra unităţilor disparate, contextul şi subcontextul nu mai îndeplinesc rolul de suplinire şi întregire a unor informaţii;
- greutăţi în citirea cuvintelor cu un grad mai mare de dificultate;

- greutăți în diferențierea cuvintelor şi literelor asemănătoare, din punct de vedere auditiv;
- greutăți în trecerea de pe rândul citit pe următorul şi tendința de a-l sări;
- dificultăți în înțelegerea celor citite şi în reproducerea lor;
- omiterea unor foneme sau chiar a unor cuvinte;
- plasarea incorectă a accentului, mai ales pe cuvintele polisilabice;
- dificultăți în păstrarea formei date a textului.

CAUZELE TULBURĂRILOR DE LIMBAJ SCRIS-CITIT

E. Verza stabileşte două tipuri de factori care pot produce tulburări ale limbajului scris-citit: *factori ce aparțin subiectului şi factori ce aparțin mediului*. Dintre factorii ce aparțin subiectului putem enumera: deficiența de ordin senzorial, gradul dezvoltării intelectuale, slaba dezvoltare psihomotorie, starea sănătății, reacțiile nevrotice, condițiile motivaționale. Factorii de mediu sunt slaba integrare în colectiv şi în activitatea şcolară, nivelul scăzut socio-cultural al familiei, metode şi procedee necorespunzătoare.

Dificultățile în deprinderea scris-cititului se pot datora unor **cauze organice** (leziune cerebrală) sau unor **cauze funcționale**, cum ar fi blocajul emotiv. În neuropsihiatrie, termenii de dislexie-disgrafie sunt rezervați pentru acele tulburări în deprinderea scris-cititului care au un substrat organic şi, ca atare, o etiologie, o simptomatologie şi o evoluție specifice.

Deficiențele dislexo-disgrafice pot fi consecințe ale dificultăților de articulație, care se transpun în limbajul scris-citit. Când lipsesc deficiențele de pronunție, tulburările se datorează handicapului de la nivelul auzului fonematic.

Alte cauze ale acestor tulburări pot fi: sarcinile purtate dificil, naşterile grele, condițiile materiale şi culturale scăzute ale familiei, locul ocupat în raport cu ceilalți frați. O altă cauză este slaba dezvoltare a motricității sau a deficiențelor din planul motric.

Mai pot determina asemenea tulburări incidentele survenite:

1) *în antecedentele heredocolaterale*, la genitori, frați şi heredo-colaterali (alcoolismul sau abuzul de alcool, tuberculoza, bolile neurolo-gice şi organice, bolile psihice, endocrinopatiile);

2) *în perioada sarcinii*: disgravidia (toxicoza gravidică), traumele fizice şi psihice, iminența de avort, infecțiile gravidei (bacteriene, virale sau cu protozoari, în cazul din urmă malaria), intoxicațiile exogene sau endogene, tentativele de avort, medicația folosită în sarcină;

3) *în perioada perinatală*: postmaturitatea şi excesul ponderal peste 4000 g, imaturitatea şi deficitul ponderal sub 2800 g, distociile cu aplicare de forceps, operație cezariană sau travaliu prelungit, suferința fetală şi sindromul neurovascular;

4) *în perioada postnatală*: bronhopneumonia, toxicoza, infecțiile repetate de căi aeriene superioare, rujeola şi varicela – survenite sub vârsta de 1 an, tusea convulsivă până la 3 ani, encefalitele şi meningitele până la 5 ani, traumatismele craniene grave până la 7 ani.

Toate aceste cauze pot duce la dificultăți dislexo-disgrafice ca urmare a leziunilor cerebrale.

În urma cercetărilor s-au stabilit mai **multe forme de dislexie-disgrafie în condițiile intelectului normal.** *Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă* se manifestă printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităților de a citi şi scrie. Dificultățile apar în dictare şi compunere, dar copilul poate copia unele grafeme şi poate silabisi la compunere.

Dislexo-disgrafia de evoluție sau de dezvoltare se manifestă prin incapacitatea de a realiza progrese însemnate în achiziția scris-cititului şi se presupune că la baza ei stă o cauză genetică. Copilul prezintă dificultăți în înțelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propozițiilor şi sintagmelor. Apar omisiuni ale grafemelor, literelor, cuvintelor, înlocuiri, substituiri, inversiuni.

Dislexo-disgrafia spațio-temporală se caracterizează printr-o scriere şi citire în diagonală, scrierea ondulată.

Dislexo-disgrafia pură sau consecutivă apare pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei.

Dislexo-disgrafia motrică înregistrează tulburări de motricitate caracterizate printr-un scris ilizibil, scris-cititul fiind neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, prost organizat.

Dislexo-disgrafia lineară se manifestă prin incapacitate în trecerea de la rândul parcurs la următorul, sărire peste unele spații, lăsându-le libere.

Manifestarea acestor fenomene are un caracter constant şi tendința de a se agrava, prin consolidarea deprinderilor greşite şi prin trăirea dramatică pe plan intern a eşecurilor.

În urma experimentelor, J. De Ajuriaguerra şi colaboratorii săi au desprins *cinci grupe de disgrafici.*

Scrisul rigizilor este înclinat spre dreapta, cu direcția foarte regulată, observându-se o crispare generală a ansamblului traseului, literele mult prea înalte față de lățime, buclele zonelor externe mult mai lungi decât late. Scrisul are un aspect colțuros, înaintarea de la stânga la dreapta este haotică, rândurile înghesuite, literele corectate.

Scrisul astenicilor este mic, trăsăturile sunt curbe, împrăştiate în lățime, literele sunt lipsite de fermitate, neregulate.

Scrisul impulsivilor dă o impresie generală de precipitare, formele sunt imprecise, escamotate, punerea în pagină este sacrificată în favoarea rapidității, literele finale ale cuvintelor, barele lui t şi accentele sunt repezite şi prelungite.

Grupa celor *neîndemânatici* se caracterizează prin forme greoaie, rău proporționate, retuşate, cu dimensiuni neregulate (hipertrofiate sau atrofiate), legăturile având caracter infantil.

Scrisul încet şi precis are o încetineală substanțială, cu respectarea formelor şcolare (*m* şi *n* au arcade regulate). Aceşti copii sunt preocupați pentru punerea în pagină, rândul este păstrat, marginile respectate. Dar traseul lasă să se vadă semne discrete de tremurături şi umflături care trădează fragilitatea grafomotorie latentă.

Tulburările de scris-citit au o influență negativă asupra personalității atunci când ele sunt conştientizate sau atunci când determină eşecuri şcolare repetate.

Există mai multe **categorii de copii care conştientizează sau nu tulburările de scris-citit**:

• cei care nu conştientizează şi nici nu sesizează manifestările tipice dislexo-disgrafice la alții;

• copii care sesizează deficiența respectivă la alții, dar nu-şi dau seama de propriile lor dificultăți;

• copii care îşi dau seama de deficiența respectivă atât la ei cât şi la alții, dar manifestă incapacitatea de a se corecta ;

• copii sensibili față de deficiență şi care fac progrese remarcabile în îndepărtarea ei, depunând un efort activ în raport cu influențele logopedice.

S-au desprins mai multe **categorii de dislexo-disgrafii în funcție de diversele dificultăți pe care le întâmpină copilul.**

Scris-cititul lent, stacato cuprinde cea mai mare categorie de elevi, caracterizat prin mari dificultăți la scris şi o oarecare repulsie la citit. Se înregistrează două faze: când copilul scrie mărunt, „puchinos”, înghesuie grafemele şi când grafemele sunt inegale ca mărime şi depăşesc spațiul normal din pagină. Copilul este conştient de dificultățile sale şi foarte receptiv la activitatea terapeutică. Aceşti subiecți sunt bine şi foarte bine dotați intelectual şi au rezultate şcolare bune. La cei mai mulți putem întâlni o uşoară stângăcie sau lateralitate încrucişată. Cei care prezintă dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic şi în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei reprezintă altă categorie. Copilul este neputincios în a identifica şi citi cuvântul ca un întreg cu o anumită semnificație şi sens. Această tulburare este întâlnită atât la copii normali, cât şi la cei cu handicap de intelect sau tulburări psihice. Printre cauzele acestei dificultăți putem enumera: tulburări la nivelul percepțiilor acustico-vizuale, la nivelul proceselor cognitive. Întreaga atenție se centrează pe realizarea citirii cuvântului ca întreg şi pe forma care să ducă la o lectură cursivă, ceea ce împiedică asupra înțelegerii adecvate a textului.

O altă categorie de dislexo-disgrafici sunt cei care prezintă *dificultăți în respectarea regulilor gramaticale şi caligrafice.* Trebuie lămurit faptul că nu vor fi luate în considerare ca erori disgrafice şi dislexice acele disortografii şi dificultăți caligrafice ce se datoresc necunoaşterii regulilor respective. Disortograficul citeşte sau scrie fără să respecte sau să pună punctul, virgula, semnul exclamării, al întrebării, linia de dialog. El poate scrie cu literă mare şi la mijlocul cuvântului sau poate începe propoziția sau fraza cu literă mică. În citire are loc o vorbire lentă, monotonă, pauzele sunt şterse, iar din punct de vedere caligrafic scrierea disgraficului nu este dreaptă, se alungesc unele grafeme comparativ cu altele, unele sunt prea mici, altele prea mari, rândurile se suprapun.

Dislexo-disgrafia care prezintă omisiuni de litere, grafeme şi cuvinte, este foarte des întâlnită la cei ce *prezintă tulburări de pronunție*.

În scris sunt omise grafemele de la sfârşitul cuvintelor în dictări şi compuneri.

Fenomenul nerespectării spațiului paginii, sărirea şi suprapunerea rândurilor sunt frecvente în handicapurile de vedere, la cei cu tulburări oculo-motorii, la stângacii care scriu cu mâna dreaptă sau stângă şi în ambidextrie. Fenomenul poate exista şi în lipsa acestora atunci când se formează deprinderi incorecte de scris-citit sau când apar unele tulburări la nivelul proceselor cognitive. În citire, dislexicul poate parcurge acelaşi rând ori să sară unul sau mai multe fără să-şi dea seama. Disgraficul nu-şi poate citi propriul scris şi nu poate respecta spațiul paginii, sărind şi suprapunând rândurile.

Scrisul servil şi *scris-cititul ca în oglindă* sunt fenomene des întâlnite în rândul celor cu tulburări de scris-citit. Scrisul servil se manifestă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga a literelor, grafemelor, acestea fiind executate alungit. Scris-cititul ca în oglindă se realizează printr-o rotire a grafemelor şi literelor în aşa fel încât se ajunge la o reflectare inversă a imaginii respective pe creier. Acest fenomen se manifestă mai frecvent în debilitatea mentală şi la copiii stângaci. O astfel de tulburare poate fi pusă şi pe seama afecțiunilor encefalului, determinate de meningite sau dereglări ale emisferei drepte din regiunea parietală inferioară a creierului.

Tulburările de limbaj scris-citit totale

Alexia *reprezintă pierderea capacității de a citi şi de a înțelege limbajul scris.* Subiectul alexic vorbeşte normal, răspunde corect la între-bări, înțelege ceea ce i se spune, poate scrie corect după dictare sau chiar spontan, dar nu înțelege un text scris.

Agrafia *reprezintă pierderea capacității de a scrie, la o persoană, care înainte scria normal.* Subiectul cu agrafie poate scrie un cuvânt, dacă copiază literă cu literă. Cauza agrafiei este reprezentată de lezarea lobului parietal stâng.

Diagnosticul acestor tulburări de limbaj scris-citit se pune la sfârşitul clasei I.

6.4.5. *Tulburările de dezvoltare a limbajului*

Există două categorii de tulburări de dezvoltare a limbajului:

- **Mutismul electiv, psihogen sau voluntar.**
- **Întârzierile în apariția şi dezvoltarea limbajului.**

1. **Mutismul electiv (psihogen sau voluntar)** *reprezintă refuzul total sau parțial al copilului de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave acest refuz se extinde asupra întregului mediu înconjurător sau asupra unor situații. Muțenia este temporară şi poate dura de la câteva săptămâni la ani de zile.* Copilul cu mutism electiv nu vorbeşte nu pentru că nu poate, ci pentru că nu vrea.

Caracteristicile mutismului electiv:

- Apare frecvent la copiii hipersensibili, anxioşi, timizi şi este însoțit de tulburări comportamentale, în care încăpățânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea, negativismul, răutatea ocupă un loc important. Refuzul verbal al copilului cu mutism electiv este dublat deseori de refuz alimentar din partea lui, refuz de a învăța sau de a face orice i se cere.
- Copiii pot fi furioşi, interiorizați, cu complexe de inferioritate.
- Este mai frecvent la fete şi începe pe la 3-5 ani.
- Adesea o schimbare de tipul intrării în şcoală sau în grădiniță declanşează această tulburare.

Această tulburare poate căpăta următoarele *forme:*

1) *Acută*: poate apărea după momente de groază, panică, şocuri emotive, traumatisme psihice.
2) *Cronică*: se manifestă general sau selectiv, față de anumite persoane.

Etiologie (cauzalitate)

- Atitudini şi metode greşite în educația practicată de părinți sau de profesori, care traumatizează afectiv copilul (hiperseveritate, pedepse corporale mai ales, traumatizare psihologică – amenințări).
- Situații dramatice, şoc emoțional foarte puternic, stres, eşecuri repetate, frustrări.
- Mediul de trai impropriu (ex. ostilitate).

Copiii cu mutism electiv, deşi nu comunică, înțeleg scrierea şi nu manifestă deficiențe de ordin intelectiv. Dar, persistența pe o perioadă lungă de timp poate duce la rămâneri în urmă pe linia dezvoltării verbale şi a exprimării logico-gramaticale.

Dacă mutismul se întinde prea mult în timp, fără să se intervină, pot apărea perturbări intelectuale (rămâneri în urmă la şcoală, reducerea vocabularului, afectarea exprimării gramaticale etc.). De asemenea, se

poate întâmpla ca, deşi s-a intervenit în sens optimizator, rezultatele să nu fie cele scontate şi copilul cu mutism să rămână în continuare „imun” la încercările celor din jur de a-l scoate din tăcere. În această situaţie este de preferat ca părinţii să schimbe şcoala, colectivitatea în care învaţă copilul sau profesorul acestuia.

2. **Retardul verbal**

C. Vrăşmaş şi E. Stănică consideră **retardul verbal** drept *blocajul ritmului de evoluţie a limbajului, ce se abate de la normal.* Un copil cu retard de limbaj până la vârsta de trei ani foloseşte un număr redus de cuvinte, le pronunţă greşit, nu formează propoziţii simple, însă are auzul bun şi organele fono-articulatorii normal dezvoltate. Copilul cu retard verbal (întârziere în dezvoltarea limbajului) rămâne în urma copiilor de aceeaşi vârstă cu el.

Retardul de limbaj poate fi **cauzat de o serie de factori** precum:

- factori neurogeni (în perioada peri şi postnatală);
- factori somatogeni (boli cronice îndelungate, boli infecţioase);
- factori psihogeni (mediu care nu stimulează vorbirea, suprasolicitare verbală, exigenţe prea mari, atitudini brutale, şocuri emoţionale puternice);
- factori constituţionali, („inabilitate verbală” ereditară pe linie paternă, mai frecventă la băieţi).

Retardul verbal se caracterizează printr-o întârziere în dezvoltarea motricităţii generale (statica capului, trunchiului, mersul). Evoluţia aparatului fonoarticulator stagnează după perioada lalaţiunii, vocalele sunt prezente, însă consoanele dificile sunt omise sau înlocuite, grupurile de consoane fiind înlocuite cu consoane mai uşor de pronunţat, diftongii reduşi la o vocală, silabele reducându-se spre sfârşitul cuvântului. Apariţia cuvintelor are loc după doi-doi ani şi jumătate, vocabularul fiind format doar din 20-30 de cuvinte. Copilul nu formează propoziţii, nu diferenţiază sunetele în cuvinte, are dificultăţi la trecerea de la limbajul intern la cel extern, nu cunoaşte semnificaţia multiplă a cuvintelor, uneori are tulburări de lateralitate şi manifestă un deficit al motricităţii fine (buze, limbă, degete).

Dezvoltarea intelectuală poate fi conform vârstei cronologice, liminară sau întârziată din cauza absenţei limbajului. Comportamentul

psiho-afectiv este dominat de timiditate, absența dorinței de comunicare, hiperkinetism şi opoziționism.

Formele clinice ale întârzierii verbale pot fi**:**

- *Forma pură,* atunci când nu există simptome somato-neuropsihice.
- *Forma constituțională*, în care sunt afectate toate laturile vorbirii.
- *Forma somatică* însoțeşte distrofia, rahitismul şi deficiențele fizice.

6.4.6. *Tulburările polimorfe ale limbajului*

Aceste tulburări de limbaj au substrat neurologic şi sunt de două tipuri:
– alalia;
– afazia.

- **ALALIA**

E.Vrăşmaş şi C.Stănică consideră alalia cea mai profundă tulburare de elaborare, organizare şi dezvoltare a limbajului, întâlnită la copiii ce nu au vorbit niciodată. Acest handicap presupune **imposibilitatea de a vorbi din naştere,** cu toate că nu există dificultăți de ordin senzorial sau de intelect mari care să împiedice însuşirea limbajului de către copil. Apar ca majore în acest handicap dificultățile de realizare a motricității sau de percepție vizuală sau auditivă.

Etiologie

– sifilisul şi tuberculoza părinților;
– alcoolismul părinților;
– boli grave repetate (encefalită, varicelă);
– tonus psihic şi motor scăzut etc.

Forme clinice sunt: cu predominanță motorie, cu predominanță senzorială şi cu predominanță senzo-motorie.

Alalia motorie

Sinonimii: afazie motorie congenitală, afazie de expresie, dispraxie de limbaj etc.

Simptomatologie

Vorbirea spontană este redusă la trei-patru cuvinte sau este inexistentă, iar vorbirea repetată este imposibilă. Înțelegerea limbajului este aparent normală, însă subiectul nu înțelege în profunzime noțiunile

abstracte şi frazele mai lungi. Vorbirea se realizează cu dificultate, mişcările fonoarticulatorii fiind difuze şi dezordonate.

În funcție de gradul încordării organelor fonoarticulatorii pronunția poate fi: *hipertonă,* când nu se pot pronunța sunetele: i, s, z, sau *hipotonă*, când pronunția se aseamănă vag cu modelul şi nu se pot pronunța consoanele ocluzive (c) şi nici cuvintele întregi.

Copilul alalic motor nu ştie să vorbească. El înțelege sensul cuvintelor şi îl reține, dar nu le poate pronunța. Execută ordinele verbale şi poate arăta obiectele indicate. Poate emite unele sunete articulate şi chiar cuvinte mono şi bisilabice. Prezintă o dispraxie buco-linguo-facială care există independent de actul fonator şi care determină o masticație greoaie precum şi imposibilitatea realizării unor mişcări, ca de exemplu: închidere/deschidere a gurii, scoaterea limbii, suflare etc. Nu poate realiza o mişcare la cerere, nu se poate spăla pe mâini, nu se poate şterge, îmbrăca etc.

Alalia senzorială

Sinonimii: surditate verbală congenitală, agnozie auditivă.

Alalia senzorială este o tulburare (disfuncție) de percepere a mesajelor verbale şi a înțelegerii vorbirii, cu tulburări consecutive de exprimare.

Simptomatologie

Vorbirea spontană este inexistentă sau este redusă la două-trei cuvinte iar vorbirea repetată poate fi: imposibilă, aproximativă şi ecolalică. Vocea alalicului senzorial este sonoră. Deficiența auditivă, deşi există la toți cei cu alalie senzorială, nu reprezintă cauza imposibilității însuşirii limbajului (subiectul prezintă oscilări în folosirea auzului). Alalicul cu această formă nu înțelege sensul vorbirii, dar poate repeta unele cuvinte (ecolalie), chiar cu un grad de dificultate crescut în pronunție. Aude bine, dar are dificultăți de percepție a direcției sunetelor.

Caracteristice în alalia senzorială sunt dificultățile în desprinderea formelor verbale de pe fondul sonor, subiectul neidentificând stimulii sonori şi neacordând o semnificație mesajelor verbale.

- Este o tulburare esențială de exprimare şi înțelegere a limbajului, la copilul care nu a vorbit niciodată şi care nu va putea vorbi decât în urma unei învățări dirijate.

- Vorbirea spontană este nulă sau limitată uneori la câteva sunete sau cuvinte.
- Afectează limbajul impresiv şi expresiv.
- Nu presupune deficiențe de intelect.
- Există tulburări de percepție, întârziere şi neîndemânare motorie.

Alalia mixtă

Este cea mai gravă formă de alalie, în care predomină caracteristicile uneia sau alteia dintre cele două forme. Alalicii au posibilitatea să pronunțe unele silabe şi cuvinte, dar pe care le folosesc foarte rar, înțeleg unele cuvinte izolate, dar nu descifrează sensul propoziției.

O altă clasificare a alaliei se realizează *după gradul încordării motricității*, în momentul emiterii sunetului, diferențiindu-se:

- *Alalici hipotoni*: se constată o slăbiciune a articulării, vorbire lipsită de forță, afonă, laxă, sacadată. Cuvintele nu sunt pronunțate complet, se trece uşor peste vocale, pronunția fiind labilă.
- *Alalici hipertoni*: se constată o încordare exagerată a organelor fonatoare, cu atacuri bruşte în momentul emiterii, dificultăți în diferențierea locului de articulare, inegalitate în privința duratei şi a intensității sunetului.

- **AFAZIA**

Afazia *reprezintă incapacitatea de a vorbi la o persoană care înainte avea comportament verbal normal.* Afazicul şi-a pierdut această capacitate după ce dobândise comportamentul verbal.

Caracteristicile afaziei

- Este mai frecventă la vârstele adulte sau la bătrânețe.
- Determină modificări profunde în sfera limbajului, iar, la nivelul personalității, se produc destructurări masive.
- Vorbirea este alterată în condițiile păstrării mişcării automate şi voluntare a limbii.
- Apar tulburări ale percepției auditive şi vizuale, iar în pronunție se constată că acele cuvinte uzuale nu sunt atât de alterate.
- Are loc o scădere a memoriei, gândirii, atenției şi apar tulburări lexice, grafice şi de calcul.
- Se manifestă pierderea abilității de a folosi limbajul.

- Subiectul are o tulburare a construcției spațiale.
- Subiectul are comportamente normale.
- Se păstrează cuvintele parazite, interjecțiile, se manifestă stilul telegrafic.
- Pot apărea, la unele persoane, vorbirea „academică” şi un scris servil, tulburări ale accentului, agramatisme.
- Apar dificultăți în enumerarea automată, intoxicația cu cuvinte.
- Apar afecțiuni ale vocii, dereglări ale respirației, emoții exagerate.
- Apar tulburări ale inteligenței.

Etiologia afaziei

Afecțiunile creierului, ale SNC, traumatismele cranio-cerebrale, infecțiile, intoxicațiile, tumorile cerebrale (rezultate din accidente vasculare cerebrale), diabetul, intoxicațiile cu dioxid de carbon pot determina apariția acestei tulburări polimorfe de limbaj.

Formele afaziei

- *Motorie*: afazicul nu vorbeşte, dar păstrează limbajul interior şi înțelegerea.
- *Motorie totală*: nu poate vorbi, scrie şi citi, dar se păstrează înțelegerea.
- *Transcorticală motorie*: nu poate vorbi spontan, dar poate repeta scrierea şi păstrează înțelegerea.
- *Senzorială pură*: recunoaşte sunetele izolate, poate scrie şi citi, dar nu înțelege.
- *Senzorială totală*: apar logoreea, agrafia, alexia, tulburările de înțelegere şi se păstrează vorbirea spontană.
- *Senzorială transcorticală*: nu poate vorbi şi scrie spontan, nu înțelege, dar îşi păstrează vorbirea repetată, ecolalie asociată cu surditate verbală accentuată.
- *Totală*: manifestă tulburări expresive şi receptive de intelect.
- *De conducere:* se manifestă tulburări ale repetării cuvintelor şi denumirii obiectelor, dar se păstrează relativ înțelegerea şi vorbirea spontană.

Diagnostic diferențial

Alalia se poate confunda din cauza absenței limbajului cu alte tulburări precum: afazia, dizartria, mutismul electiv, autismul sau retardul de limbaj, însă există diferențe majore față de acestea:

Afazie	*Alalie*
Simptome neurologice pronunțate	
Tulburare dobândită	Tulburare înnăscută
Dezintegrarea limbajului	Neintegrarea limbajului
Există vorbire automată, emoțională, repetată, telegrafică	Vorbire inexistentă

Dizartrie	*Alalie*
Apare în infirmitățile motorii cerebrale	Nu există infirmități motorii cerebrale
Infirmitatea motricității organelor fonatoare	Necoordonare motorie
Subiectul nu poate vorbi	Subiectul nu știe să vorbească
Nu e afectat limbajul propriu-zis, ci segmentul intermediar între organele periferice și centrul limbajului de pe scoarță	E afectat limbajul și centrul vorbirii

Mutism electiv	*Alalie*
Dobândit	Înnăscut
Temporar, reversibil	Permanent (dacă nu se face terapie)
Se manifestă în funcție de persoane, locuri, situație	Nu se modifică comportamentul verbal în funcție de mediu
Refuză contactul cu mediul	Nu refuză contactul cu mediul
Este determinat de factorul educativ	Nu este determinat de factorul educativ

Autismul	*Alalie*
Comportament inadecvat	Comportament adecvat
Limbaj cu caracter reproductiv	
Ecolalie de: conținut	Ecolalie de: conținut
intonație	intonație
înălțime	nu există
imediată	imediată
întârziată	nu există

Retard de limbaj	*Alalie*
E determinat de factori de educație şi de mediu	Nu e determinată de factori educativi şi de mediu
Blocaj în ritmul de evoluție	_
În condiții propice se învață limbajul	Tulburare ce durează, rezistentă la învățare
Limbajul poate atinge nivelul corespunzător vârstei	Limbajul nu poate atinge nivelul corespunzător vârstei

Surdomutitate	*Alalia senzorială*
Nu aude niciodată	Oscilează în folosirea auzului
Nu reacționează la stimuli auditivi, verbali	Reacționează selectiv la stimuli în funcție de cunoaşterea sensului şi de starea psihică
Vorbirea repetată e imposibilă fără demutizare	Vorbirea repetată e posibilă fără învățarea limbajului
Voce voalată, surdă	Voce sonoră

6. 5. **Corectarea deficiențelor de limbaj**

În corectarea acestor deficiențe se utilizează două categorii de metode, unele de ordin general, iar altele specifice fiecărei categorii de handicap de limbaj în parte.

6.5.1. *Metode şi procedee de ordin general*

- **Gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea pronunției**

Pentru îmbunătățirea motricității generale şi a mişcărilor fono-articulatorii se pot indica o serie de exerciții care au o importanță deosebită nu numai pentru dezvoltarea limbajului dar şi pentru sănătatea

organismului. Aceste exerciții urmăresc fortificarea trunchiului, a gâtului şi a membrelor. Întotdeauna exercițiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respirație.

Scopul exercițiilor fizice generale este de a uşura desfăşurarea unor mişcări complexe ale diferitelor grupe de muşchi care iau parte la activitatea de respirație şi la funcționarea aparatului fono-articulator. Se disting două categorii mari de exerciții:

a) cu scopul de a relaxa organismul şi musculatura aparatului de emisie;

b) de încordare, care se folosesc în special în timpul pronunțării sunetelor surde.

În cazul exercițiilor fizice generale este indicat ca fiecare mişcare să fie executată în mod ritmic, ceea ce va uşura introducerea ritmului la nivelul vorbirii.

Pentru dezvoltarea organelor fono-articulatorii se recomandă o serie de exerciții ce se referă la dezvoltarea mişcărilor expresivității faciale, linguale, mandibulare, labiale. Exercițiile de dezvoltare a expresivității faciale se fac în mod diferențiat, în funcție de caz. Dintre cele mai importante exerciții folosite în acest scop amintim: umflarea şi retragerea simultană a obrajilor, închiderea şi deschiderea ochilor concomitent cu ridicarea şi coborârea ritmică a sprâncenelor, imitarea râsului şi a surâsului, imitarea încrețirii şi descrețirii frunții, umflarea alternativă a obrajilor, retracția obrazului între dinți spre interiorul cavității bucale.

Motricitatea linguală joacă un rol esențial în pronunția sunetelor deoarece la fiecare sunet limba se dilată, se contractă, ia forme diferite şi ocupă alte poziții în cavitatea bucală. Pentru *dezvoltarea motricității linguale* se recomandă următoarele exerciții: scoaterea limbii neîncordate şi lățite între dinți şi buze, în aşa fel încât să atingă cu marginile sale comisurile bucale, scoaterea limbii încordate şi ascuțite din gură sub formă de săgeată, scoaterea alternativă a limbii: săgeată – revenire la loc – lopată – revenire la loc, alternarea formei limbii în afara gurii: săgeată, lopată, revenirea la loc, mişcări antero – dorsale ale limbii: scoaterea limbii afară – retragerea ei la dinți; contractarea limbii în fundul cavității bucale unde formează un ghem de muşchi, din care nu se mai distinge vârful limbii – revenirea la loc, lipirea limbii lățite de palat şi desprinderea ei cu plescăit, imobilizarea marginilor laterale ale limbii între dinți, în aşa fel încât vârful ei să rămână liber pentru a se îndoi în sus şi în jos,

ridicarea vârfului limbii spre gingia superioară (t, d) – revenirea la loc şi îndoirea vârfului limbii la gingia inferioară. Alte exerciții posibile pot fi: executarea de mişcări circulare cu vârful limbii pe suprafața buzelor, care se deschid şi se depărtează cât mai mult, îndoirea vârfului limbii pentru a realiza mişcări circulare pe suprafața dinților, sub buze, constricțiunea limbii sub formă de jgheab.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității linguale trebuie să fie executate la început cu gura deschisă. De preferință se începe cu mişcările mai uşor controlabile, efectuate în afara cavității bucale, apoi se trece la cele din interiorul ei. Aceste mişcări se vor executa meticulos, fără grabă şi cu precizie.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității mandibulare se folosesc, în special, la cei care au o muşcătură deschisă, prognatism şi progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. Astfel de exerciții sunt: coborârea şi ridicarea mandibulei, liber şi prin opunere de rezistență, în direcția opusă mişcării de coborâre, cu mâna, coborârea în jos a mandibulei relaxate, mişcări antero-posterioare ale mandibulei: împingerea mandibulei înainte – revenire la loc, cu expirare pe gură – retragerea maxilarului îndărăt – revenire la loc. Se mai poate folosi împingerea mandibulei înainte, urmată de retragerea ei îndărăt, ținând între dinți un creion, care se ridică spre nas şi se lasă în jos, urmând mişcările mandibulare, precum şi mişcări laterale cu mandibula: spre dreapta – revenire la loc, spre stânga – revenire la loc.

Pentru dezvoltarea motricității labiale este necesar să se folosească o serie de exerciții, pornind de la rolul important pe care-l joacă buzele în pronunțarea fiecărui sunet, silabă, cuvânt. Exercițiile pentru dezvoltarea motricității labiale facilitează mişcările complexe de articulație a sunetelor, având un rol însemnat şi în perceperea vorbirii prin labio-lectură, mai ales la cei cu dislalii audiogene şi ele pot fi reprezentate de: întinderea buzelor lipite una de alta, ca pentru supt, retragerea buzelor, expunând pe cât posibil gingiile (ca pentru rânjet). Din această poziție se pronunță sunetele: „i”, „s”, „z”. La revenirea buzelor la loc se pronunță sunetele: „p”, „b”, „m”. Mişcarea de extensie a buzelor ca pentru rictus se poate intui prin întinderea unui elastic, plasat în fața cavității bucale. Alternarea mişcărilor celor două buze, vibrația buzelor, imitând forăitul cailor, mişcările de lateralizare a buzelor şi de rotire a lor, precum şi pronunția cât mai rapidă în serie, cu maxilarele strânse a silabelor ba, bi,

bu şi pa, pi, pu sunt alte tipuri de exerciții utilizate pentru corectarea tulburărilor de limbaj.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității vălului palatin se aplică în special la cei cu pronunție nazală. Se pot folosi în acest caz următoarele exerciții: căscatul disimulat, provocarea reflexului de sufocare, stimulând ridicarea automată a vălului palatin prin atingere cu spatula (sau cu o linguriță), pronunțarea prelungită a vocalei „a”.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității laringuale sunt şi ele necesare, deşi laringele nu îndeplineşte o funcție articulatorie directă, exceptând unele sunete vicariante, laringuale, cu rol compensator, la cei cu despicături palatine. Cu toate acestea, prin uşoarele sale deplasări şi schimbări de poziție, el modelează activ la pronunția sunetelor cavitatea faringiană. Ridicarea uşoară a laringelui în sus la pronunția sunetelor de tonalitate înaltă (i, e, z) este precedată de contracția şi de îngustarea, iar coborârea la pronunția sunetelor joase (u, r, l), de decontracția şi de mărirea volumului cavității faringiene.

- **Educarea respirației şi a echilibrului dintre inspir şi expir** are un rol important şi în pronunție. În timpul expirului, suflul face să vibreze coardele vocale necesare pentru producerea sunetelor. Presiunea expirului şi a inspirului se modifică în funcție de fiecare sunet. Pentru pronunțarea consoanelor surde este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuată decât la pronunția consoanelor sonore. La copiii cu tulburări de vorbire, musculatura necesară actului de respirație nu este suficient de dezvoltată din cauza lipsei de exersare naturală.

Se disting două tipuri de respirație în funcție de sex: la bărbați o respirație costo-abdominală, în care rolul hotărâtor pentru realizarea expirului şi inspirului îl joacă muşchii abdominali şi costali inferiori, iar la femei predomină respirația de tip toracic, manifestată prin contracția şi relaxarea preponderentă a cutiei toracice. La copii, pe lângă faptul că respirația nu se desfăşoară în mod ritmic, nu există nici o diferențiere netă între cele două tipuri de respirație caracteristice sexului respectiv.

În desfăşurarea exercițiilor de respirație trebuie să se respecte anumite indicații metodice: particularitățile de vârstă (cu copiii preşcolari şi parțial cu cei din clasele I-II, exercițiile trebuie să se desfăşoare sub formă de joc, în timp ce la copii mai mari exercițiile au un caracter didactic), cerințele igienico-sanitare (exercițiile să se desfăşoare în

cabinete bine aerisite, cu ferestrele deschise, sau în curte, durata şi intensitatea exercițiilor să fie dozate în dependență de rezistența copiilor, pentru a preveni instalarea oboselii, iar în unele cazuri chiar şi a amețelii).

Exemple de exerciții de respirație la şcolari: inspir scurt şi adânc, expir lung şi uniform pe gură şi apoi pe nas, inspir scurt şi expir lung întrerupt de două pauze: inspir, expir, pauză, expir, pauză, expir etc. În continuare aceste exerciții se realizează prin asocierea unor mişcări de brațe. Se ridică brațele rapid în sus şi se inspiră adânc, apoi se coboară încet şi uniform, expirând. În timpul pauzei expiratorii, brațele se opresc pe loc şi se coboară odată cu terminarea acesteia, concomitent cu reluarea expirului. În realizarea acestor exerciții se va urmări să nu se facă pauze între inspir şi expir, şi, dimpotrivă, între expir şi inspir să existe o apnee de câteva secunde. Indicația este utilă mai ales la prevenirea spasmului diafragmatic ce se instalează la bâlbâiți în timpul pauzei dintre inspir şi expir.

Treptat, exercițiile de respirație se asociază cu pronunția sunetelor. Expirul aerului se produce prin pronunția vocalelor sau a consoanelor siflante. Sub această formă se sesizează mai uşor dacă dislalicul expiră uniform sau iroseşte unda respiratorie neeconomic. În primul caz, intensitatea vocii este uniformă pe tot timpul fonației, pe când în cel de al doilea caz se produce o slăbire a ei. După exersarea sunetelor se trece la pronunția de propoziții pe un singur expir. Exercițiile se aplică prin repetare, de cinci până la zece ori. Durata lor variază la începutul şedințelor logopedice de la 2 minute până la 5 minute.

- **Educarea auzului fonematic**, adică a capacității de a identifica şi diferenția sunetele limbii, contribuie, alături de alte elemente, la realizarea unei pronunțări corecte.

Tulburările auzului fonematic pot merge de la incapacitatea diferențierii sunetelor, sau numai a unora, până la imposibilitatea perceperii chiar a silabelor şi cuvintelor ca unități specifice limbajului.

Mulți dislalici dispun de capacitatea motrică necesară articulației corecte a sunetelor şi fără îndoială le-ar şi realiza, dacă auzul lor nu s-ar fi deprins cu pronunția defectuoasă. În aceste cazuri, dificultățile de pronunție nu se găsesc în organele de articulație, care pe o anumită treaptă a evoluției ontogenice au realizat sunetele respective, ci în deficiențe ale auzului fonematic.

În realizarea pronunției corecte, dislalicul trebuie să efectueze, pe de o parte, o comparație între propria sa pronunție recepționată de la persoanele din jurul său, iar pe de altă parte, el trebuie să realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficiențele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv şi, în cazul acesta, dislalicul face eforturi de îndreptare a vorbirii pe baza motrico-kinestezică a aparatului de emisie. Dacă la început dislalicii nu-şi dau seama de pronunția lor defectuoasă, pe măsură ce se efectuează exerciții pentru dezvoltarea auzului fonematic ei devin conştienți de tulburarea respectivă şi fac eforturi de înlăturare a ei. Prin urmare, în corectarea dislaliei este necesar să se acorde o atenție mai mare dezvoltării auzului fonematic.

Printr-o corectare inadecvată, care nu ține seama de rolul auzului fonematic în perceperea şi reproducerea corectă a sunetelor, se poate obține chiar un efect contrar celui scontat, şi anume se poate contribui la fixarea şi consolidarea unor defecte de articulație.

În munca logopedică de corectare a *dislaliei* trebuie să acordăm o importanță primordială exercițiilor de sesizare a propriilor greşeli de articulație. Astfel de exerciții pentru sesizarea propriilor greşeli de pronunție sunt: înregistrarea pe bandă de magnetofon a cuvintelor care conțin sunetele ce se exersează, pronunțate de către logoped şi de către dislalic şi reproducerea lor pentru a sesiza prin comparație diferența dintre el, dictări de cuvinte sau de propoziții în care apar frecvent sunetele pronunțate defectuos, exerciții de pronunție a logopedului într-o ureche concomitent cu pronunția proprie în cealaltă.

Exercițiile folosite pentru emiterea corectă a sunetelor sunt de tipul reproducerii sunetelor onomatopeice (şşş – locomotiva, sss – şarpele, gâsca, vjjj – vântul etc.).

Uneori, în corectare, se merge pe un drum invers în comparație cu cursul dezvoltării normale a pronunției la copii, care mai întâi, aud sunetele, iar apoi, imitându-le, le pronunță. Dislalicul articulează mai întâi, apoi aude ceea ce pronunță, perfecționându-şi treptat percepțiile auditive şi pronunția. Exercițiile de articulație se desfăşoară, la început, cu excluderea auzului, prin diferite mijloace de mascare a sunetului, şi numai după ce a fost elaborată pronunția se asociază impresia acustică.

Confuziile, înlocuirile, inversările de sunete şi agramatismele copiilor dislalici, exteriorizate frecvent şi în scris şi citit, constituie simptome ale dezvoltării deficitare a capacității de analiză şi sinteză

fonetică. În cadrul lecțiilor logopedice, pentru corectarea acestor deficiențe, se aplică exerciții sistematice de dezvoltare a analizei şi sintezei conştiente a componentei fonematice a cuvintelor. Prin efectuarea acestor exerciții, dislalicul învață să audă şi să distingă clar sunetele din cuvânt în ordinea succesiunii lor normale, ceea ce contribuie la însuşirea pronunției corecte a sunetelor izolate, a structurii morfologice a cuvintelor şi a aspectului gramatical al limbii. Exercițiile de dezvoltare a capacității de analiză şi sinteză fonetică trebuie să țină seama de particularitățile de vârstă ale copiilor. Copiii mici şi chiar analfabeții nu pot să despartă cuvântul în elementele sale fonematice. Substanța sonoră a cuvântului le apare, pe baza percepției global-structurale, indivizibilă.

Cuvântul fiind pentru copil cea mai mică unitate cu sens şi nu fonemul, lecțiile de dezvoltare a capacității de analiză şi de sinteză fonematică trebuie să înceapă cu diferențierea şi separarea cuvintelor din propoziție. Copilul trebuie să învețe să distingă şi să reproducă precis fiecare cuvânt din propoziția ce se exersează.

La dislalici sunt eficace pronunțarea, diferențierea şi identificarea cuvintelor sinonime şi paronime. E.Verza consideră că pentru dezvoltarea auzului fonematic sunt mai importante exercițiile în cuvinte decât pronunțarea sunetelor izolate. Cuvintele care se folosesc pentru consolidarea sunetelor învățate şi a propozițiilor care cuprind grupuri de asemenea sunete folosesc şi la dezvoltarea auzului fonematic.

- **Educarea personalității logopatului (persoanei cu tulburare de limbaj)**

Acest proces trebuie să înceapă o dată cu corectarea tulburării de limbaj, indiferent de vârsta logopatului, dar este, în primul rând, necesară la copiii de vârsta şcolară şi, în special, la cei care se află în perioada pubertății şi adolescenței.

La apariția tulburărilor de personalitate contribuie adeseori, fără ca ei să-şi dea seama, părinții şi educatorii (prin apostrofarea şi solicitarea insistentă a copiilor să vorbească corect), atitudinea colegilor de ridicularizare şi ironizare determinându-i pe cei cu deficiență să devină retraşi şi închişi în ei înşişi.

În această situație, educarea personalității trebuie să urmărească:

a) redarea încrederii în propriile posibilități;

b) crearea convingerii că tulburarea de limbaj nu presupune un deficit intelectual;

c) crearea convingerii că ea este o tulburare pasageră care poate fi corectată;

d) crearea încrederii în logoped;

e) înlăturarea negativismului şi redarea optimismului.

Pentru îndeplinirea acestor obiective un rol important îl are înregistrarea vorbirii logopatului la începutul tratamentului logopedic şi apoi, periodic, pe măsura obținerii unor rezultate pozitive în activitatea de corectare, chiar dacă acestea sunt numai parțiale. Astfel, acesta va putea să-şi asculte vorbirea din prima înregistrare şi să o compare cu înregistrările ulterioare, ceea ce îi dă încredere în sine şi în logoped şi optimismul că această tulburare poate fi corectată.

Un rol important îl are şi atitudinea părinților, profesorilor şi a colegilor față de această persoană. În acest sens, logopedul trebuie să le explice ce înseamnă tulburarea pentru copil, faptul că ea poate fi corectată, că ei trebuie să manifeste înțelegere şi tact.

E. Verza consideră că rezultatele cele mai bune în educarea personalității le are *psihoterapia.* Pentru aplicarea psihoterapiei trebuie să se aibă în vedere: etiologia şi simptomatologia deficienței de limbaj, vârsta persoanei, particularitățile personalității ei, nivelul său de cultură şi de dezvoltare intelectuală. Prin psihoterapie se urmăreşte înlăturarea fricii patologice de a vorbi şi a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convins că poate vorbi bine şi că sensibilitatea sa exagerată este nejustificată. Psihoterapia are la bază o serie de metode şi tehnici psihopedagogice care se folosesc în vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al logopatului, încercând să şteargă din mintea subiectului cauzele care au declanşat tulburarea, să înlăture şi să prevină unele simptome, creând în felul acesta, condiții favorabile pentru acțiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex.

Psihoterapia poate fi aplicată i*ndividual*, mai ales la început, dar şi *în grup*. La constituirea grupului este foarte important să se țină seama de vârsta logopaților, de nivelul lor de cultură, de gradul de inteligență, de tipul de deficiență şi de cauzele care au declanşat-o. Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuții, a prezentării unor filme, conținând imagini liniştitoare şi semnificative, însoțite de discuții, a ascultării muzicii cu caracter liniştitor, a ascultării cu ajutorul înregistrărilor a progreselor realizate în vorbire, a utilizării sugestiei şi a hipnozei, a jocurilor (la vârstele mici). R.Schilling foloseşte *„jocul*

curativ logopedic”, în cadrul căruia copii se substituie poeților, regizorilor şi actorilor. La început sunt mute, rezumându-se doar la mişcare, pentru ca treptat să se ajungă la sunete şi zgomote (imitarea unor animale însoțite de mişcările corespunzătoare, zgomotul unor maşini, a vântului), la cântece şi la vorbire. Jocurile de mişcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, apelative şi indicative.

Psihoterapia nu trebuie limitată numai la cel ce suferă de o deficiență, ci ea se extinde şi asupra persoanelor cu care logopatul vine în contact: părinți, frați, surori, rude. Astfel, activitatea psihoterapeutică este continuată pe un alt plan (în cadrul familiei), ceea ce exercită o influență favorabilă asupra subiectului şi prin aceasta, asupra rezultatelor finale ale psihoterapiei.

6. 5. 2. *Metode şi procedee specifice logopedice*

În funcție de fiecare tip de deficiență de limbaj în parte, există o serie de metode specifice.

1. Pentru **corectarea dislaliei,** prima condiție a reuşitei muncii logopedice o constituie câştigarea interesului şi a încrederii în tratamentul aplicat, prin stabilirea unor raporturi favorabile, de apropiere dintre logoped şi dislalic. Pentru a se realiza acest deziderat trebuie evitat formalismul, care se manifestă, mai ales în primele faze ale muncii logopedice, prin neglijarea particularităților de vârstă şi individuale ale persoanelor cu care se lucrează.

- Un prim pas îl constituie *formarea sunetului din nou*. Modelul greşit nu se corectează, ci se elaborează de la început un model nou de pronunție a sunetului. Întotdeauna exersăm un sunet nou şi numai după aceea îl introducem în vorbire.
- Apoi, *sunetul nou este derivat dintr-un alt sunet corect articulat*. Se recurge la sunetele asemănătoare, pe care dislalicul le pronunță corect. Din aceste sunete „ajutătoare” se formează treptat sunetele noi corecte, care le înlocuiesc pe cele greşite.
- *Formarea autocontrolului auditiv asupra pronunției* este următoarea etapă. Sunetele formate din sunete ajutătoare, oricât de apropiate ar fi sub aspect fiziologic, se deosebesc prin efectul lor acustic. Sunetele se formează kinestezic şi se fixează prin autocontrol auditiv.

Diferențierea auditivă a noului sunet se sprijină până când se elaborează controlul auditiv asupra mecanismului de articulație pe diferențierea motrico- kinestezică.

- *Evitarea efortului neuro – muscular*. Toate exercițiile logopedice trebuie să fie realizate cu un minimal efort neuro – muscular. Exercițiile de articulație trebuie să se realizeze fără exagerări, relaxat, cu o cât mai mică încordare neuro – musculară. Mişcările articulatorii obținute trebuie să fie cât mai naturale. Pentru evitarea hiperfuncțiilor neuro – musculare şi a mişcărilor de prisos, exercițiile de articulație a sunetelor se recomandă să fie executate la început în şoaptă şi numai apoi sonor, cu voce. Lecțiile logopedice sunt obositoare atât pentru copil cât şi pentru logoped. Pentru evitarea oboselii se recomandă să se facă exerciții de scurtă durată (2' – 3'), repetate des, prin alternarea cu exerciții de atenție, de memorie, de scris, etc. Pentru cruțarea forțelor, se recomandă ca logopedul, la lecțiile de articulație, să vorbească din când în când în şoaptă. Prin aceasta se obține un triplu avantaj. Aude mai bine pronunția copilului dislalic, când se exersează concomitent. Vocea sa nu e suprasolicitată. Prin pronunția în şoaptă, atenția dislalicului se îndreaptă mai intens, decât atunci când se pronunță sonor, asupra gurii logopedului.

2. **Pentru corectarea rinolaliei** se recomandă parcurgerea mai multor etape:

- *Etapa pregătitoare* constă în aplicarea metodelor şi procedeelor de pregătire psihică pentru activitatea logopedică.
- *Crearea unui tonus afectiv* favorabil corectării rinolaliei.
- Exerciții logopedice după principiul corectării dislaliei, pentru ameliorarea sunetelor afectate şi consolidarea lor în cuvinte.

3. **Terapia bâlbâielii**

Există trei tipuri de terapii care pot fi utilizate cu succes:

- *Terapia simptomatică*, care constă în reeducarea componentelor vorbirii: respirație, fonație, pronunție, printr-o serie de exerciții, precum cele de gimnastică generală (asociată cu pronunția), de educare a respirației, a ritmului vorbirii, de învățare a vorbirii expresive.
- *Psihoterapia* care elimină conflictele psihice şi restructurează personalitatea subiectului (relaxare, hipnoză, sugestie, ludoterapie, socioterapie, terapia ocupațională).
- *Terapia complexă* care îmbină primele două tipuri de terapii.

Logopedul trebuie să aleagă o anumită metodă de terapie în funcție de vechimea bâlbâielii, de tulburările asociate acesteia şi de personalitatea logopatului.

4. **Terapia tuburărilor de voce**

În cazul *disfoniilor* (afonia şi fonastenia), mai întâi se fortifică organismul din punct de vedere fizic (administrare de vitamine) şi psihic (psihoterapie). Educarea vocii prin exerciții se face după odihnirea corzilor vocale pentru o anumită perioadă de timp. Aceste exerciții sunt: de expirație simplă, de expirație cu silabe şi de expirație cu vocale.

Vocea de cap se corectează prin reglarea emisiei vocale pe registrul mediu.

Vocea oscilantă se corectează prin reglarea registrului normal al vocii, demonstrarea poziției corecte a capului, învățarea păstrării echilibrului între aerul din plămâni şi cel din afară.

Vocea gravă se educă pe cale intuitivă (auditivă, vibro-tactilă, vizuală).

Vocea inspirată se educă prin reglarea intensității şi presiunii aerului expirat prin exerciții de gimnastică fono-articulatorie, de inspir-expir, de expirație cu vocale, silabe, cuvinte, propoziții.

Vocea răguşită se corectează numai după vindecarea organelor fonatoare atunci când au existat îmbolnăviri ale acestora sau după odihnirea corzilor vocale. Exercițiile se fac cu voce şoptită sau de intensitate medie pentru evitarea răguşelii.

Vocea nazală se educă prin exerciții de corectare a auzului, pentru a diferenția vorbirea corectă de cea greşită.

Hipotonia valului palatin se corectează prin exerciții de deglutiție, tuse provocată, ridicarea şi coborârea capului, gargara cu capul dat pe spate, suflare în diferite obiecte, fluierat etc.

5. **Terapia dislexo-disgrafiei**

În corectarea dislexo-disgrafiei se urmăresc ca *obiective principale:*

a) în terapia dislexiei:

1. *Etapa premergătoare*

- corectarea tulburărilor de schemă corporală;
- corectarea tulburărilor de lateralitate;

- corectarea tulburărilor de organizare şi structurare spațio-temporală;
- dezvoltarea aptitudinilor necesare în actul lexic;
- identificarea, discriminarea şi memorarea fonemelor.

2. *Etapa literei* are două planuri: fonetico-auditiv şi grafo-fonetic, constând în recunoaşterea şi identificarea literei în cuvânt (fonemul şi apoi grafemul).

3. *Etapa silabelor* constă în: operare cu silabe, recunoaşterea fonemului cu grafemul din carte, identificare, compunere (pronunția silabei din două foneme diferite), descompunere.

4. *Etapa cuvintelor*

- analiza şi sinteza cuvântului (descompunerea cuvântului în silabele anterior învățate şi compunerea silabelor în cuvinte);
- recunoaşterea cuvântului (recunoaşterea silabelor ce alcătuiesc cuvântul);
- identificarea cuvântului (citirea lui);
- operarea cu cuvinte.

5. Etapa propozițiilor constă în recunoaşterea cuvintelor ce alcătuiesc propozițiile (analiza şi sinteza propozițiilor – descompunerea propozițiilor în cuvintele componente etc.).

b) *în terapia disgrafiei:*

- *Faza desenului* (mâzgălitura, desenul explicativ).
- *Pregătirea pentru scris* constă în: *maturizarea motorie* (motricitate generală, coordonare oculo-motorie, motricitate fină – mobilitatea mâinii, lateralitate), *maturizare cognitivă (*noțiunea de formă – cerc, dreaptă, curbă, noțiuni spațiale – sus/jos, față/spate, noțiuni spațio-temporale – înainte/după), *maturizarea afectivă* (interes pentru scris).
- *Inițiere în scriere* – reproducerea semnelor grafice, a însuşirilor acestora, a elementelor componente ale semnelor grafice, perfecționarea semnelor scrise, înțelegerea lor.

6. **Terapia alaliei**

Obiectivele terapeutice pentru recuperarea alaliei sunt generale şi operaționale.

Obiective terapeutice generale:

- elaborarea, organizarea şi dezvoltarea limbajului ca sistem fundamental al vieții psihice;

- activitatea logopedică, care influențează: disfuncțiile motorii/de recepție ce stopează dezvoltarea limbajului, dezvoltarea psihică a copilului, cu consecințe asupra proceselor psihice prin care se edifică limbajul (atenția, memoria, gândirea);
- formarea funcției de comunicare a limbajului.

Obiective terapeutice operaționale:

- deblocarea aparatului fonoarticulator;
- pregătirea organelor fonoarticulatorii pentru pronunție;
- pregătirea copilului pentru recepționarea vorbirii prin centrarea privirii asupra vorbitorului şi formarea atenției auditive;
- învățarea componentelor limbii: fonetică, vocabular, structură gramaticală;
- dezvoltarea coordonării motorii;
- învățarea orientării în spațiu şi a schemei corporale.

Elaborarea, organizarea şi dezvoltarea limbajului presupune o serie de etape:

Etapa fonematică constă în întărirea sunetelor ce există deja, imitarea sunetelor noi, emiterea unor onomatopee. *Etapa denumirii* presupune ca în *alalia motorie* să se denumescă cuvinte formate din silabe duble: mama, baba, papa, cuvinte cu silabe duble în care consoana se repetă şi cu vocale diferite: mami, pipa, pupa, cuvinte cu o silabă care încep cu o vocală şi se termină cu o consoană: am, an, ac etc. În *alalia senzorială,* terapia începe cu acele cuvinte care desemnează obiecte concrete, din jurul subiectului, ce fac parte din viața acestuia: părțile corpului (cap, ochi, nas, gură), familia (mama, tata), jucăriile (cub, minge), alimentele pe care le mănâncă, păsări (pui, rață), animale (vacă, cal, pisică), obiecte de mobilier (masă, scaun, dulap). Denumirea se învață cu ajutorul jucăriilor, imaginilor etc.

Etapa sintezei constă în structurarea vorbirii în propoziții (după ce copilul a învățat aproximativ 30 de cuvinte). *Etapa extensiei propoziției* presupune învățarea structurii propoziției: subiect-predicat-complement. *Etapa limbajului expresiv lărgit* se referă la învățarea prepozițiilor, pronumelor personale, substantivelor, verbelor, *etapa limbajului dialogat*, *povestirea după imagini*, *diafilme* şi *conversația liberă* fiind alte faze importante pentru recuperarea alalicilor.

Tehnici de recuperare posibile:

- *Exerciții de înțelegere a semnificației vorbirii* (să arate părțile corpului, să arate anumite obiecte, să execute sarcini simple etc.).
- *Identificarea stimulilor sonori* (să recunoască după auz – stând cu spatele – sursa sonoră, vocea cuiva cunoscut, a direcției din care s-a emis un sunet).
- *Structurile fonetice* – exerciții cu vocale (înălțimea, intensitatea, durata acestora), exerciții de diferențiere a vocalelor surde de cele sonore, exerciții de diferențiere a sunetelor care se confundă: c-t, p-f, s-t etc. Aceste exerciții se pot însoți de bătăi din palme sau de muzică şi se adaptează posibilităților copiilor.
- *Dezinhibarea şi educarea motorie* constau în exerciții de mobilitate buco-linguo-facială, exerciții de educare a gesturilor simple, utile, exerciții de gimnastică a membrelor şi a trunchiului.

7. **Terapia retardului de limbaj**

Obiectivele principale care se urmăresc în acest caz sunt îmbogățirea vocabularului, activarea vocabularului pasiv, dezvoltarea corectitudinii şi complexității vorbirii, dezvoltarea expresivității vorbirii, dezvoltarea capacității de a povesti întâmplările prin care trece.

Etapele activității terapeutice în retardul de limbaj:

Psihoterapia care precede celelalte procedee şi care se desfăşoară pe toată durata terapiei. Aceasta urmăreşte: stabilirea echilibrului afectiv şi neuropsihic al copilului, înlăturarea fixării atenției copilului pe propria vorbire, dezvoltarea motivației pentru comunicare verbală. Se poate folosi muzica în exercițiile fonetice.

Modelul stimulării lingvistice: comunicare verbală permanentă părinți-copil, claritatea, corectitudinea vorbirii, încărcătura afectivă a vorbirii părinților. Se înlătură din jurul copilului persoanele cu tulburări de limbaj, persoanele irascibile, nervoase, obosite.

REZUMAT

Prin **tulburare de limbaj** înțelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii, cât şi al perceperii, începând de la dereglarea componentelor cuvântului şi până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (M. Guțu, 1975).

Tulburările de limbaj se diferențiază de particularitățile vorbirii individuale; acestea din urmă reprezintă variații în limitele normalului ale limbajului. Handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul naşterii sau după naştere.

Există **cauze** ale tulburărilor de limbaj *care pot acționa în timpul sarcinii* (ex. diferitele intoxicații şi infecții, sarcină toxică, cu vărsături şi leşinuri dese, bolile infecțioase ale gravidei etc.), *în timpul naşterii* (naşterile grele şi prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, hemoragiile prelungite din timpul sarcinii etc.), *cauze care acționează după naştere (post-natale)* (*organice, funcționale, psiho-neurologice, psiho-sociale, alte cauze).*

O **clasificare a tulburărilor de limbaj** este cea elaborată de **E. Verza** (1982), clasificare care ține seama de mai multe criterii în acelaşi timp: anatomo–fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic şi psihologic, potrivit căreia există: *tulburări ale pronunției (*dislalie, rinolalie, dizartrie), *tulburări de ritm şi fluență a vorbirii (*bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree), *tulburări de voce (*afonia, disfonia, fonastenia), *tulburări ale limbajului citit-scris* (tulburări totale – agrafia şi alexia şi tulburări parțiale – disgrafia şi dislexia), *tulburări polimorfe de limbaj (*afazia, alalia*), tulburări de dezvoltare a limbajului (*mutismul psihogen şi retardul sau întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii) şi *tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice* (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii). Orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare, se situează în domeniul *tulburărilor de pronunție,* dintre care **dislalia** („pelticia" în popor) este cea mai frecventă şi reprezintă 90% din totalul tulburărilor de limbaj. *Rinolalia* (în popor numită *„fonfăială", adică vorbire pe nas*) este o formă a dislaliei, de aceea se mai numeşte şi dislalie „organică", *constând în pronunțarea nazonată a sunetelor*. **Dizartria** *se manifestă printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o pronunțată rezonanță nazală în care monotonia vorbirii se îmbină cu pronunțarea neclară.* C.Stănică şi E.Vrăşmaş definesc **bâlbâiala** ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifestă prin *„dezordini intermitente ale pronunției, repetări convulsive şi blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificultăți în articularea unor cuvinte*". De fapt, bâlbâiala este o tulburare

de ritm a vorbirii şi constă în repetarea unor silabe la începutul şi mijlocul cuvântului, cu pauze între acestea, sau apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator, care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. *Logonevroza* este o altă tulburare de ritm şi fluență a vorbirii şi presupune, pe lângă o repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii față de vorbire, de mediul înconjurător şi o prezență a spasmelor, încordării, a unei preocupări exagerate față de propria vorbire. Caracteristică acestei tulburări este *logofobia* (teama crescută de a vorbi, mai ales în public sau în condiții de stres emoțional). *Tahilalia* este caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă şi care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate, în timp ce *bradilalia* se manifestă printr-o vorbire rară, lentă, încetinită, cu exagerări maxime a acestor caracteristici în oligofrenie. *Aftongia* ia naştere atunci când, în muşchii limbii, se produce un spasm tonic, de lungă durată, iar *tulburările coreice* sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor fonoarticulatori, mimicii, care se manifestă concomitent cu producerea vorbirii**. Tulburările vocii** s*unt distorsiuni ale spectrului sonor ce se referă la: intensitatea, înălțimea, timbrul şi rezonanța sunetelor*, (C.Stănică, E.Vrăşmaş,1997), cele mai frecvente fiind: v*ocea de cap*, *vocea oscilantă, vocea gravă, vocea răguşită*, *afonia*, f*onastenia* etc. **Tulburările de limbaj scris-citit** *sunt incapacități paradoxale totale în învățarea şi formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacități parțiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existentei unor factori psiho-pedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihică a individului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică şi a personalității, a modificărilor morfo-funcționale de la nivelul sistemului nervos central, a deficiențelor spațio-temporale şi psihomotricității, a nedezvoltării vorbirii care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele si literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformări de litere, neînțelegerea completă a celor citite sau scrise, etc*. (E. Verza,1983, p. 58). Tulburările de scris-citit se pot clasifica în: parțiale (disgrafia, dislexia) şi totale (agrafia şi alexia). **Tulburările de dezvoltare a limbajului** sunt de două tipuri: *mutismul electiv, psihogen sau voluntar şi întârzierile în apariția şi dezvoltarea limbajului*. **Tulburări de limbaj cu substrat neurologic** sunt de două tipuri: alalia şi afazia, prima presupunând *imposibilitatea de a vorbi din*

*naştere***,** cu toate că nu există dificultăți de ordin senzorial sau de intelect mari care să împiedice însuşirea limbajului de către copil, iar cea de-a doua *reprezentând incapacitatea de a vorbi la o persoană care* ***înainte avea comportament verbal normal.***

În corectarea acestor deficiențe de limbaj se utilizează două categorii de metode: unele de *ordin general* (gimnastica şi miogimnastica corpului şi a organelor care participă la realizarea pronunției, educarea respirației şi a echilibrului dintre inspir şi expir, educarea auzului fonematic şi educarea personalității logopatului – persoanei cu tulburare de limbaj), iar alte metode sunt specifice fiecărei categorii de handicap de limbaj în parte.

CONCEPTE-CHEIE

- *Tulburare de limbaj* = abaterea de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii, cât şi al perceperii, începând de la dereglarea componentelor cuvântului şi până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (M.Guțu,1975).
- *Tulburare de pronunție* = orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare.
- *Dislalia* („pelticia" în popor) = cea mai frecventă dintre tulburările de pronunție şi reprezintă 90% din totalul tulburărilor de limbaj.
- *Rinolalia* (în popor numită *„fonfăială", adică vorbire pe nas*) = o formă a dislaliei, de aceea se mai numeşte şi dislalie „organică", constând în pronunțarea nazonată a sunetelor.
- *Dizartria* = o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o pronunțată rezonanță nazală în care monotonia vorbirii se îmbină cu pronunțarea neclară.
- *Bâlbâiala* = o tulburare a vorbirii ce se manifestă prin dezordini intermitente ale pronunției, repetări convulsive şi blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificulățti în articularea unor cuvinte.
- *Logonevroza* = tulburare de ritm şi fluență a vorbirii şi presupune, pe lângă o repetare a sunetelor, silabelor şi cuvintelor, batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii față de vorbire, de mediul înconjurător şi o prezență a spasmelor, încordării, a unei preocupări

exagerate față de propria vorbire. Caracteristică acestei tulburări este *logofobia* (teama crescută de a vorbi, mai ales în public sau în condiții de stres emoțional).

- *Tahilalia* **=** o vorbire exagerat de rapidă şi care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate.
- *Bradilalia* = o vorbire rară, lentă, încetinită, cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în oligofrenie.
- *Aftongia* = ia naştere atunci când, în muşchii limbii, se produce un spasm tonic, de lungă durată.
- *Tulburările coreice* = presupun ticuri nervoase sau coreice ale muşchilor fonoarticulatori, mimicii, care se manifestă concomitent cu producerea vorbirii**.**
- *Tulburările vocii* **=** distorsiuni ale spectrului sonor ce se referă la: intensitatea, înălțimea, timbrul şi rezonanța sunetelor. (C. Stănică, E. Vrăşmaş, 1997), cele mai frecvente fiind: v*ocea de cap, vocea oscilantă, vocea gravă, vocea răguşită, afonia,* f*onastenia* etc.
- *Tulburările de limbaj scris-citit* **=** incapacități paradoxale totale în învățarea şi formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacități parțiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenței unor factori psiho-pedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihică a individului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică şi a personalității, a modificărilor morfo-funcționale de la nivelul sistemului nervos central, a deficiențelor spațio-temporale şi psihomotricității, a nedezvoltării vorbirii, care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele şi literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformări de litere, neînțelegerea completă a celor citite sau scrise, etc. (E. Verza, 1983, p.58). Tulburările de scris-citit se pot clasifica în: parțiale (disgrafia, dislexia) şi totale (agrafia şi alexia).
- *Alalia* = imposibilitatea de a vorbi din naştere**,** cu toate că nu există dificultăți de ordin senzorial sau de intelect mari care să împiedice însuşirea limbajului de către copil.
- *Afazia* = incapacitatea de a vorbi la o persoană care înainte avea comportament verbal normal.

EXTENSII TEORETICE

Afazia

Afazia, *alterare patologică a limbajului,* reprezintă o infirmitate consecutivă unor leziuni cerebrale, localizate în emisfera stângă la dreptaci, ea putând surveni la subiecți cu inteligență normală şi care nu prezintă tulburări de afectivitate sau deficiențe ale funcțiilor perceptive şi motorii. Nu este vorba despre o pierdere a vorbirii, ci despre o perturbare a capacității de utilizare a regulilor prin care se produc şi se înțeleg mesajele verbale. Există două forme fundamentale ale afaziei: afazia senzorială (receptivă) şi afazia motorie (executivă). *Afazia senzorială* este numită şi impercepție auditivă şi reprezintă incapacitatea de a percepe cuvintele sau limbajul, auzul fiind intact. *Afazia motorie* presupune capacitatea individului de a auzi, percepe şi înțelege vorbirea, dublată de imposibilitatea lui de a pronunța cuvintele, deşi nu există perturbări motorii ale organelor vorbirii (ex. paralizie a musculaturii faciale, a laringelui, a corzilor vocale etc.). Copilul afazic poate ajunge destul de rapid într-o stare atât de intolerabilă, încât să dezvolte o reacție de panică similară celei autiste sau poate fi considerat de ceilalți ca fiind handicapat mintal, probabil din cauza agresivității şi a negativismului lui comportamental. Odată ce depistăm potențialul copilului afazic, se va putea face distincția între evitarea voită a comunicării – în cazul autismului, incapacitatea de a comunica – în cazul afaziei şi incapacitatea de a gândi a deficientului mintal. Comportamentul neliniştit, hiperactiv, distructiv uneori al afazicului poate frecvent să determine o atitudine defensivă din partea celui care se ocupă de el, această atitudine împiedicându-l să sesizeze inteligența motorie manifestată chiar în actul distructiv realizat de afazic. Alți afazici (mai puțini ca număr) se manifestă ca fiind parțial retraşi, deşi pot avea reacții bruşte de a se repezi la cei din jur cu un țipăt intens şi ascuțit. Luni de zile pot trece fără ca persoanele din jurul copiilor afazici să sesizeze încercarea lor de a folosi singurul „cuvânt” (ex. țipăt) pe care l-au putut percepe şi pe care se străduiesc să-l reproducă, fără succes însă.

Terapia în afazie presupune utilizarea de mijloace menite să-l ajute pe afazic să distingă armoniile superioare în cadrul aceluiaşi sunet redat inițial de vocea umană, apoi de mai multe instrumente muzicale. Următoarea etapă presupune introducerea de cuvinte prin rezonanță

fonetică şi învățarea citirii de pe buze (labiolectură). Aspectul fonetic al cuvintelor şi imaginile obiectelor pe care le reprezintă acestea, împreună cu forma scrisă a cuvântului, sunt folosite chiar de la începutul terapiei. Gesturile euritmice pentru fiecare consoană şi vocală sunt un real suport pentru dezvoltarea perceperii sunetelor şi a cuvintelor de către afazic. Orice formă de reprezentație teatrală, în care mişcarea, gestica şi mimica vin în sprijinul vorbirii, are un efect terapeutic benefic pentru afazici (mai ales pentru copii). Perioadele de terapie pot fi străbătute de stări de frustrare şi de reacții de agresivitate din partea afazicului, întrucât tratamentul terapeutic instituit îi zdruncină adaptarea pe care o realizase până atunci. Aşadar, abordarea unui pacient afazic, mai ales copil, este extrem de dificilă, ea necesitând tact, răbdare multă şi o mare forță de empatie din partea celui care lucrează cu acest pacient.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Care este diferența dintre o vorbire normală şi o tulburare de limbaj?
2. Care sunt cele mai frecvente tulburări ale limbajului şi prin ce se caracterizează ele?
3. Enumerați cauze posibile ale dislaliei.
4. În ce constă deosebirea dintre mutism şi muțenie?
5. Imaginați un demers de corectare a sigmatismului.

BIBLIOGRAFIE

1. AJURIAGUERRA de J. şi colab., *Scrisul copilului*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1980.
2. BOŞCAIU E., *Bâlbăiala – prevenire şi tratament*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
3. BOŞCAIU E., *Îndrumător pentru dezvoltarea vorbirii în colectivitățile de copii (vârsta antepreşcolară)*, Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, 1983.
4. BOŞCAIU E., *Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
5. CALMY S., *Cum să facem exerciții grafice*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
6. CASTEILLA A., *Scrierea cursivă modernă*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.

7. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
8. NEVEANU POPESCU P., *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
9. PĂUNESCU C. şi alții, *Intoducere în logopedie*, vol.1, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
10. PĂUNESCU C., *Dezvoltarea vorbirii copilului şi tulburările ei,* E.S.D.P., Bucureşti, 1962.
11. PĂUNESCU C., *Tulburările de vorbire la copii,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1966.
12. PĂUNESCU C., *Nervozitatea copilului,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
13. PĂUNESCU C. şi alții, *Tulburările limbajului scris,* Bucureşti, 1967.
14. STĂNICĂ C., VRĂŞMAŞ E., *Terapia tulburărilor de limbaj,* Bucureşti, 1994.
15. VERZA E., *Ce este logopedia?,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982.
16. VERZA E., *Dislalia şi terapia ei,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
17. VERZA E., *Disgrafia şi terapia ei*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
18. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
19. VERZA E., *Conduita verbală a şcolarilor mici,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
20. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universității Bucureşti, 1987.

7. DEFICIENȚELE MULTIPLE (POLIHANDICAPUL)

7.1. Autismul

7.1.1. *Definiția autismului*

În 1943, *Leo Kanner* descria sub numele de „autism infantil precoce" un număr de cazuri de copii cu tulburări psihice delimitate pe baza a trei criterii clinice: incapacitatea de a realiza şi dezvolta relații sociale reale, izolarea şi detaşarea de lumea înconjurătoare.

De-a lungul timpului au fost făcute frecvent confuzii şi substituiri cu alte sindroame care, la rândul lor, sunt prea puțin delimitate în teorie şi în practică, dar prezintă unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele ale autismului. Astfel, termenii de „psihoză infantilă", „encefalopatie infantilă", „tulburări emoționale grave", „fond encefalopat prin dismaturitate", „copil fără contact", „schizofrenie infantilă", „oligrofenie", „întârziere psihică" se referă la o arie largă de fenomene, dar nu acoperă starea concretă de autism ca entitate distinctă şi reală pentru o serie de cazuri date.

Inițial, L. Kanner a făcut din autismul infantil precoce o organizare morbidă particulară autonomă. Studiile ulterioare, atât ale sale, cât şi ale multor altor autori, au venit să sublinieze atât varietatea clinico-evolutivă, cât şi diversitatea cauzelor şi mecanismelor patologice implicate. Anthony (1958) făcea o distincție între autismul idiopatic primar şi autismul secundar. Makita (1966) deosebea un autism schizofrenic şi un pseudoautism neschizofrenic, secundar sau simptomatic (ultimul de natură fie patogenă, fie organică), iar Treffert (1970) delimita un autism infantil precoce, un autism infantil tardiv şi un autism infantil cu substrat organic. Cu toate acestea, în 1972, Hingtgen remarca faptul că „lipseşte un acord în ceea ce priveşte faptul dacă există o singură entitate clinică sau mai multe condiții patologice şi similarități de suprafață dar cu

etiologii diferite”. Dacă unii autori aduc în discuție problema autismului autentic şi a falsului autism, pledând pentru menținerea purității celui dintâi, cei mai mulți îl acceptă în toată diversitatea lui etiopatogenă şi clinico-nosologică atribuindu-i statutul de sindrom condiționat endogen, somatogen sau psihogen.

Termenul de „autism” este derivat din cuvântul grecesc „*autos*”, care înseamnă „*sine însuşi*”. Acest termen a fost pentru prima oară introdus în psihiatrie în anul 1911 de către E. Bleuler, în lucrarea sa „Grupa schizofrenicilor”.

În 1943, în articolul său „Autistic Disturbance of Affective Contact”, psihiatrul american L. Kanner va descrie sub termenul de „autism infantil precoce” un tablou diferit al schizofreniei infantile, caracterizat, după el, printr-o incapacitate a copilului mic de a stabili contacte afective cu mediul. În descrierea sa, Kanner a izolat un număr de *semne clinice caracteristice psihozei autiste*:

a) **debutul precoce** al tulburărilor, în general în primii doi ani de viață;

b) **izolarea externă**, atitudinea de copil care suferă de indiferență şi de un total dezinteres față de persoanele şi de obiectele care îl înconjoară;

c) **trebuința de imuabilitate**, fiind vorba de trebuința imperioasă de a-şi menține stabil mediul material obişnuit, permanența şi stabilitatea reperelor făcând obiectul, din partea copilului, a unor frecvente verificări, mai mult sau mai puțin ritualizate;

d) **stereotipiile gestuale**, referindu-se la gesturi repetate fără încetare, dintre care unele frapează prin stranietatea lor (de ex.: mişcarea degetelor în fața ochilor, mersul mecanic în vârful degetelor, excesive întoarceri la stânga împrejur, balansarea ritmică înainte şi înapoi);

e) **tulburările de limbaj** – permanente în comportamentul copilului: fie el nu posedă nici un limbaj, fie emite un jargon care are melodia limbajului, dar fără semnificație, fie, în sfârşit, posedă un limbaj cu o oarecare valoare comunicativă, marcat de *ecolalie* (repetarea în ecou a cuvintelor sau a frazelor pronunțate de semeni), de incapacitatea de a utiliza pronume personale *(„tu” în loc de „eu”),* de cuvinte deformate, sau invenție de neologisme.

În descrierea pe care o face autismului, Kanner insistă asupra memoriei remarcabile a unora dintre aceşti copii şi asupra aspectului lor

inteligent, caracter diferențial față de stările de arierație descrise anterior de psihiatrii clasici.

Rutter, la rândul său, menționează ca fiind esențiale pentru autism trei caracteristici:

a) un mod particular de insuficiență profundă şi generală a capacității de a iniția şi dezvolta relații sociale;

b) o formă de întârziere în limbaj care implică afectarea înțelegerii, ecolalia şi inabilitatea utilizării pronumelui la persoana întâi singular;

c) prezența unor variate fenomene rituale de tip compulsiv.

În dorința de a restrânge cadrul clinic al autismului şi de a asigura un caracter unitar, de entitate nosologică de sine stătătoare, autorul adaugă drept criteriu de diagnostic şi condiția ca debutul tulburărilor să se situeze înaintea vârstei de 30 de luni.

Psihanalista engleză F. Tustin a propus o descriere mai aparte a autismului prin clasificarea sa în trei grupe:

1) autismul primar anormal;

2) autismul secundar cu carapace;

3) autismul secundar regresiv.

Autismul primar anormal este o prelungire anormală a autismului şi se caracterizează prin faptul că la sugar nu există diferențiere între corpul său şi cel al mamei şi nici o delimitare a suprafeței sale corporale, astfel că funcționarea lui mentală se organizează în jurul unor senzații foarte primitive. *Autismul secundar cu carapace* constă într-o barieră autistică („carapace”) destinată să interzică accesul la „non-eul” terifiant, copilul părând în acest caz rigid, insensibil, fugind de contactul fizic. Activitatea fantasmatică este săracă, centrată în jurul anumitor procese corporale, iar actul de gândire inhibat. Tustin califică această formă drept „crustacee” şi relevă rolul important al hipersensibilității copilului la stimuli senzoriali şi la depresia mamei. Cea de-a treia grupă propusă de Tustin, şi anume *autismul secundar regresiv* corespunde de fapt schizofreniei infantile. În această formă, după o evoluție în aparență normală, apar manifestări regresive, cu retragerea copilului într-o viață fantasmatică centrată pe senzațiile corporale. Ar exista în acest caz, pentru copil, un amestec şi o confuzie între el şi mama sa, proces susținut de mecanismul identificării proiective cu mama descris de autorii Kleinieni.

7.1.2. *Caracterizarea generală a autismului*

Pentru întregirea imaginii de complexitate a autismului trebuie să luăm în considerare şi manifestările multiple care se produc în toate palierele activității psihice. Dintre acestea, cele mai importante sunt:

a) dificultăți de limbaj şi comunicare;
b) discontinuitate în dezvoltare şi învățare;
c) deficiențe perceptuale şi relaționale;
d) tulburări acționale şi comportamentale;
e) disfuncționalități ale proceselor, însuşirilor şi funcțiilor psihice.

a. **DIFICULTĂȚILE DE LIMBAJ ŞI COMUNICARE**

Limbajul se poate dezvolta târziu sau poate să nu apară niciodată. Adesea, se dezvoltă normal până la doi ani, după care dispare în totalitate sau doar parțial. Copiii cu autism infantil sunt caracterizați prin *lipsa nevoii de comunicare* sau a dorinței unui contact interpersonal până şi cu ființele cele mai apropiate, prin detaşarea de lumea înconjurătoare. Nu sunt interesați de discuțiile celorlalți, nu arată preocupare să comunice sau să fie înțeleşi, nu îşi exteriorizează dorințele. Privat de funcția sa de comunicare, limbajul capătă un *caracter predominant solilocvic* (vorbind cu sine şi pentru sine) într-o manieră stereotipă în care adesea este greu să se poată face legătura între context şi conținutul său. Autiştii nu răspund la comenzile verbale şi pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor.

Când se dezvoltă, limbajul la autişti este caracterizat adesea de o *structură gramaticală imatură, dar în esență normală.* În general, comunicarea nonverbală este şi ea deficitară. Cum sunt prezente şi dificultăți în planul ideației formulărilor verbale, ele devin stereotipe şi repetitive. Imaturitatea vorbirii şi a comunicării este accentuată şi de funcționarea redusă a asociațiilor ideative şi de anomaliile construcțiilor gramaticale. Se poate remarca şi existența unei bizarități în alcătuirea propozițiilor. Sunt şi unii autişti care au o oarecare capacitate de a utiliza concepte, ceea ce le permite o raportare mai realistă la obiectele şi persoanele cu care vin în contact. Aceşti copii nu numai că rețin simboluri, dar manifestă şi o anumită capacitate de a le manipula. La ei, vorbirea spontană este mai bine dezvoltată şi însoțită de folosirea mai

extinsă a limbajului nonverbal (gesturi, mimică, pantomimică) şi de o înțelegere aproximativă a comunicării în genere.

Alte elemente caracteristice limbajului autist sunt *ecolalia întârziată* şi *verbalizările*. Ecolalia întârziată constă în reluarea ulterioară a unor cuvinte, întrebări sau expresii auzite, redate *ad literam* dar pe neaşteptate, în afara contextului lor îndreptățit. Verbalizările, *exprimările idiosincronice* („limbajul metaforic" după Kanner) constau în fraze a căror semnificație este clară numai pentru cei care sunt familiarizați cu experiențele trecute ale copilului. Verbalizările (care apar spontan sau în condiții de joc) conțin fie sunete sau exprimări fără sens pentru anturaj, fie răspunsuri sau explicații mai mult sau mai puțin adecvate la întrebări, situații sau evenimente petrecute uneori cu multă vreme în urmă şi pe care, la timpul lor, copilul autist a lăsat impresia că nici nu le-a sesizat.

O altă caracteristică a limbajului autist o reprezintă *vorbirea prin inversarea pronumelor (foloseşte „tu" în loc de „eu").*

Alte însuşiri ale limbajului la copiii autişti sunt: tendința lor de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură şi de a substitui un cuvânt cu altul apropiat ca semnificație sau utilitate. Se observă, de asemenea, o *discrepanță între posedarea vocabularului şi abilitatea de a îl folosi ca mijloc de comunicare socială.* Vocabularul sărac şi frecventele tulburări de voce determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonație şi flexibilitate, dezagreabilă, comunicarea autistului fiind îngreunată şi de prezența tulburărilor în planul recepției vorbirii şi de folosirea unei gesticulații relativ simplificate. Prin conținutul său, limbajul autist reflectă atât discontactul emoțional, cât şi faptul că, în ciuda deficiențelor şi a indiferenței pe care o afişează, multe dintre cele care se petrec în jurul copilului sunt receptate şi însuşite de către acesta.

b) **DISCONTINUITĂȚILE ÎN DEZVOLTARE ŞI ÎNVĂȚARE**

Copilul autist, prin felul său bizar de a se comporta, poate crea o impresie derutantă şi confuză în ceea ce priveşte aprecierea capacităților generale şi a modalităților educaționale în care poate fi antrenat. Aşadar, această discontinuitate în dezvoltare şi în învățare are un caracter paradoxal. Copilul autist nu poate fi capabil să numere de la unu la zece, în schimb poate efectua operații mult mai complexe (cum ar fi înmulțirea)

sau manifestă dificultăți în învățarea literelor, dar are o oarecare uşurință în învățarea cifrelor.

De asemenea, copilul autist are *dificultăți perceptuale:* nu reacționează la un zgomot deosebit de puternic, dar poate reacționa violent la ruperea unei hârtii de exemplu. Orientarea în spațiu este relativ bună şi are o retenție exactă a obiectelor percepute anterior (chiar după ani de zile), dar manifestă unele stereotipii în formarea unor comportamente cognitive. Toate acestea, precum şi lipsa de interes pentru achiziția altor informații denotă aberații în corelarea şi evoluția relației învățare-dezvoltare. Cu toate acestea, cu ajutorul unor programe educaționale adecvate, prin crearea unui confort afectiv care să stimuleze interesele copilului autist (programe bazate pe achiziția unor deprinderi în care înțelegerea acțiunilor ocupă un loc central) se pot obține unele progrese pe linia învățării la copilul cu această polideficiență.

Concomitent cu formarea noilor deprinderi, acțiunile care se organizează trebuie legate de achizițiile anterioare prin realizarea unor asocieri între acțiunea practică şi imagine, însoțite de verbalizare şi de înțelegerea legăturilor dintre obiecte. În acest context, învățarea prin joc şi desfăşurarea unor acțiuni din care să rezulte un efect nemijlocit pot spori interesul subiectului pentru cunoaşterea şi achiziționarea unor abilități informative care duc la atenuarea dizarmoniei dezvoltării cognitive.

c) **DEFICIENȚELE PERCEPTUALE ŞI DE RELAȚIONARE**

Încă de la naştere, copilul autist se manifestă fie plângăreț, agitat, țipând mai tot timpul, fie dimpotrivă, inhibat, fără interes şi fără dorința de a cunoaşte lumea înconjurătoare.

Unii autişti manifestă un interes deosebit pentru lumină sau pentru obiecte strălucitoare, în timp ce alții nu percep elementele componente ale obiectelor (au dificultăți vizuale în perceperea amănuntelor obiectelor). De asemenea, există contradicții şi în ceea ce priveşte atingerea obiectelor. Unii autişti trăiesc o adevărată plăcere din atingerea obiectelor, în timp ce la alții se produc reacții negative față de pipăirea lor şi chiar față de mângâiere. Detaşați, indiferenți față de ființe, copiii cu autism

dovedesc un ataşament bizar faţă de unele obiecte, de care nu se mai despart nici când se culcă şi pe care le manipulează adesea nefuncţional, stereotip sau în manieră de ritual (ex.: nasturi, cioburi, cârpe etc.). Alteori arată un interes deosebit pentru anumite sunete sau zgomote, manifestând o reacţie aberantă la zgomote de intensităţi diferite, în sensul că devin violenţi la căderea unui creion sau a unei gume pe jos, dar nu au nici o reacţie la un zgomot deosebit de puternic.

De asemenea, există cazuri în care autiştii au abilităţi muzicale, plăcându-le muzica, reacţionând pozitiv la ritm sau manifestând abilităţi în a cânta la instrumente muzicale sau chiar compunând melodii la un anumit nivel.

M.Rutter subliniază ca fiind esenţiale pentru simptomatologia autismului incapacitatea de relaţionare socială, incapacitatea utilizării pronumelui personal la persoana I şi existenţa unor conduite rituale şi impulsive, iar Condon constată că autiştii răspund repetat la un singur semnal asemănător emiterii unui ecou. Neacceptarea schimbării şi manifestarea unei capacităţi reduse a autiştilor de a înţelege şi de a se raporta la complexitatea vieţii, denotă o semnificaţie pentru alienarea socială.

d) **TULBURĂRILE ACŢIONALE ŞI COMPORTAMENTALE**

Acestea sunt extrem de interesante atât prin amploarea, cât şi prin complexitatea lor. În producerea şi extinderea acestora sunt implicate toate dificultăţile caracteristice de la nivelul întregului psihism. Conform D.S.M. III (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*), copilul autist dispune de un repertoriu marcat restrâns de activităţi şi interese.

Stereotipiile constituie un element caracteristic al autismului infantil. Dorinţa obsesivă de uniformitate se referă la comportamentul stereotip ca şi la evidenta suferinţă ce apare atunci când ceva se schimbă în mediul înconjurător. Stereotipiile pot fi *gestuale* (repetiţii ale mişcărilor mâinilor, degetelor, braţelor, rotirea capului în jurul axului lui, mersul pe vârful picioarelor etc.) sau se referă la *activităţi repetitive* (deschiderea şi închiderea uşii, lovirea sau zgârierea unei jucării, ritualizarea activităţii alimentare, de îmbrăcat sau de joc). Copilul autist poate prefera aceeaşi

mâncare, insistă să poarte aceleaşi haine sau să joace aceleaşi jocuri. De altfel, jocul, cea mai importantă activitate a acestei vârste, are anumite particularități la copilul autist: stereotipie, folosirea de obiecte simple, jocul colectiv fiind evitat sau lipsit de caracterul sau creativ.

Copilul autist manifestă două comportamente bizare semnificative: *acțiunea de automutilare sau de autodistrugere şi acțiunea de autostimulare. Automutilarea* se produce prin acțiuni de mişcare a unor părți ale corpului până la epuizare, prin autolovirea cu capul de perete sau de diferite obiecte etc. *Autostimularea* se manifestă pe mai multe căi: kinestezică (legănatul înainte şi înapoi, frecarea cu mâna a lobului urechii), tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a căruciorului), auditivă (plesnitul din limbă, emiterea unui sunet neîncetat) şi vizuală (învârtirea unui obiect în fața ochilor, privirea neîncetată a degetelor).

Aceşti copii pot fi hiperactivi şi distrați, dorm puțin şi prost, au o rezistență crescută la substanțele sedative şi hipnotizante. Copilul autist poate avea preocupări suplimentare, ieşite din comun sau unele trăiri subiective cu un grad de organizare şi complexitate anume în lumea sa interioară specifică, ermetică şi bizară. Uneori, poate face dovada unei memorii excepționale, uimind prin uşurința cu care recunoaşte anumite lucruri, amănunte sau situații, chiar după perioade lungi de timp.

Marcat de absența curiozității specific infantile, de detaşarea de real şi de nevoia de izolare şi de refugiul în sine, comportamentul copilului autist este în acelaşi timp impregnat de o constelație de acțiuni şi posturi stereotipe. Gesturile, atitudinile, mersul, mimica, limbajul, interesele, preocupările lui poartă amprenta repetitivității fără sens, a monotoniei, a caracterului inutil şi ilogic. Retras într-un colț preferat, copilul autist repetă la nesfârşit cuvinte, gesturi sau mişcări, agită prin aer obiecte, manipulându-le stereotip, fără sens sau scop inteligibil, le duce la nas sau la gură, le priveşte într-un fel aparte, ascultă sau provoacă sunete sau zgomote, totul amintind ritualuri cu sensuri numai de el ştiute. Alteori, țopăie ritmic, merge pe vârful picioarelor sau păstrează poziții adesea foarte incomode pentru un om normal.

e) **DISFUNCȚIONALITĂȚILE PROCESELOR, ÎNSUŞIRILOR ŞI FUNCȚIILOR PSIHICE**

La copiii autişti se observă *disfuncționalități la nivelul întregii activități psihice*. Pornind de la efectele autismului în planul perceptual-senzorial şi în cel al comunicării, constatăm că se produc disfuncționalități în toate palierele activității psihice. În planul *afectiv-motivațional* se manifestă de timpuriu o lipsă de interes pentru contactul social şi mai cu seamă o indiferență față de trăirile celor din jur. Aceşti copii sunt caracterizați de lipsa nevoii de comunicare sau a dorinței unui contact interpersonal până şi cu ființele cele mai apropiate (părinți). Nu simt nevoia să fie mângâiați, sărutați, lăudați, nu plâng dacă se lovesc, nu-şi exteriorizează dorințele. În unele cazuri, copilul manifestă o indiferență totală față de mamă, iar în altele o dependență patologică față de aceasta, de care nu se poate despărți nici măcar o clipă, dar cu care în fapt nu comunică în nici un fel.

Deşi se consideră că autiştii nu mint niciodată, ei lasă impresia că ascund ceva prin faptul că nu-şi privesc interlocutorii în ochi, uitându-se în gol sau la ceva ce există doar în imaginația lor.

Din cele de mai sus reiese faptul că autistul dispune de o *imaturitate afectivă,* caracteristică handicapatului de intelect.

Copilul autist manifestă *anomalii şi în dezvoltarea aptitudinilor cognitive.* Capacitățile gândirii lui pot fi adesea observate prin activitățile ludice. Dacă ia în mână un obiect, îl manipulează mereu în acelaşi fel, uneori cu o abilitate surprinzătoare, pe care nu o manifestă de obicei (îl leagănă, îl învârte). De fapt, acest obiect manipulat nu are statutul de jucărie (în sensul în care jucăria este un mijloc prin care copilul învață să cunoască lumea). În cazurile cele mai grave, copilul nu va fi capabil să perceapă realitatea, exceptând unele aspecte parțiale ale acesteia şi în consecință, va fi în imposibilitatea de a o transforma în joc.

Capacitatea intelectuală a autistului nu poate fi calificată ca diminuată sau absentă ca la copilul deficient mintal. La copilul autist se poate vorbi despre faptul că îşi pune în practică această capacitate inte-

lectuală numai într-un mod foarte selectiv, nedezvoltând-o, în cele din urmă manifestând carențe şi insuficiențe la nivelul unei debilități profunde.

Astfel, deficiențele de relaționare şi de comunicare, senzoriale, afective şi cognitive, influențează în mod negativ dezvoltarea personalității copilului autist.

În urma aplicării unor teste, s-a ajuns la concluzia că la baza performanței copiilor autişti şi a copiilor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informațiilor; copiii autişti se bazează pe reprezentări primare, în timp ce copiii normali sunt capabili de metareprezentări cu mijloacele de interpretare a informațiilor verbale.

Toți aceşti factori alcătuiesc tabloul simptomatologic al sindromului autist. Cu toate acestea fiecare copil autist în parte are o simptomatologie proprie, se manifestă în mod diferit, ceea ce înseamnă că pentru fiecare copil trebuie elaborate programe individualizate în funcție de necesitățile, de capacitățile sale şi de psihicul lui în ansamblu.

7. 1. 3. *Teorii explicative ale autismului. Etiologie*

Etiologia autismului a dat naştere la numeroase controverse între partizanii organogenezei şi cei ai psihogenezei. De fapt, geneza acestei afecțiuni este verosimil multifactorială şi nu este posibil să se separe în mod simplist factorii organici de factorii psihologici, atât unii, cât şi ceilalți intrând în interacțiune permanentă în procesul de structurare şi dezvoltare psihologică a copilului. Principalele teorii care stau la baza explicării autismului sunt teoriile psihogene, teoriile organice şi teoriile comportamentale.

TEORIILE PSIHOGENE

Conform teoriilor psihogene, autismul este de fapt expresia unei retrageri a subiectului față de tot ceea a fost perceput rece, ostil şi pedepsitor în mediul înconjurător. Sindromul autist este considerat a fi expresia unei tulburări a gândirii sau a afectului în interacțiunile părinte-copil.

În anii 1950 – 1960, pentru adepții autismului psihogen cauza era unică şi evidentă provenind din carențele relaționale şi afective, explicate fie prin comportamentul paternal, fie prin non-coincidența naşterii psihice cu naşterea biologică, autismul îmbogățind domeniul maladiilor psihice. Astfel, s-a atribuit autismului o patologie în principiu reversibilă, pe această bază relaționiştii (psihanaliştii şi sistematicienii) dezvoltând un sistem (ei încercau să penetreze sensul comportamentului, cauza nefiind un mister) şi o tehnică (psihoterapia trebuia să permită restabilirea unei relații armonioase a copilului cu părinții săi şi cu mediul socio-cultural, pentru a favoriza naşterea psihică). B. Bettelheim este primul care invocă relația părinte-copil şi se bazează pe observarea unor relații reci ale părinților copiilor autişti. În lucrarea sa *Fereastra goală* acesta considera că autistul ar fi pradă unei adevărate frici de moarte, din cauză că ar fi întâlnit prea de timpuriu o situație trăită de el ca fiind extrem de amenințătoare. În paralel cu această percepție s-ar efectua şi o dezinvestire a lumii interioare care vizează dispariția tuturor afectelor. Din acest punct de vedere, autorul consideră că autismul infantil este o tulburare a capacității de a se deschide lumii. Pentru ca un copil să se deschidă lumii, să participe activ, el trebuie să-şi dezvolte încrederea în sine, adică să aibă sentimentul că „Eu-l” propriu este potent şi că este pe măsura cerințelor externe. Autorul consideră că mediul familial a distorsionat această percepere a „Eu-lui” copilului, fie că a înăbuşit încercările copilului de a manipula mediul, fie că l-a silit să încerce prea mult iar rezultatul a fost eşecul. În ambele cazuri, copilul nu reuşeşte să experimenteze un sentiment de acord şi de înțelegere între necesitățile sale şi satisfacerea lor. Rezultatul este acelaşi, copilul respingând lumea, părându-i-se că şi lumea îl respinge pe el şi, ca urmare, se retrage în propriul sine care îi este familiar.

Conform acestei teorii, părinții copiilor autişti ar fi marcați de anumite trăsături de personalitate. Astfel, mama este văzută în special rejectantă, rece emoțional, acționând doar pentru satisfacerea nevoilor fizice ale copilului. Personalitatea tatălui este caracterizată prin absență din cadrul afectiv al familiei, distanțare şi închidere în sine, intoleranță

față de copil. Într-un asemenea climat, copilul va deveni anxios, se va retrage în sine, va elabora un comportament straniu de apărare.

Există nenumărate concepții psihodinamice ale genezei autismului, ele sprijinindu-se în cea mai mare măsură pe o interpretare psihanalitică. Cele mai multe cercetări introduc noțiunile de narcisism primar, de autoerotism, de sistem paraexcitație.

M. Mahler, în lucrarea sa *Psychose infantile* (1977), insista asupra rolului, în stările autiste, a conduitelor halucinatorii negative şi a uitării sistemului paraexcitație, ca şi asupra rolului, în stările simbiotice, a menținerii unei relații simbiotice cu mama.

Tustin a introdus noțiunea de *depresie psihotică*. Este vorba de o trăire a rupturii în continuitatea corporală, un fel de gaură neagră, persecutorie care risipeşte în mod brutal iluzia continuității corporale. D. Meltzer introduce noțiunea unui autoerotism disociat legat de o „nimicire” a „self-ului”. „Nimicirea self-ului”, rezultat al slăbirii forței liante a atenției, ar lăsa la autist diferitele simțuri externe şi interne să se ataşeze în mod izolat de obiectul cel mai stimulator al momentului. Rezultatul acestui proces ar fi crearea de evenimente unisenzoriale nedisponibile pentru memorie sau gândire. Acelaşi autor a insistat asupra absenței de spațiu interior al self-ului şi al obiectului, trăite ca pură suprafață. Absența de spațiu intern pentru self şi non-elaborarea funcției de „piele psihică” (E. Bick) ar sta la originea unui deficit de tensiune a self-ului, incapabil să rețină conținuturile mentale şi fizice.

Cu toate acestea, cercetările mai recente arată că nu se poate stabili o legătură absolută între autismul infantil şi comportamentul părinților, aceste ipoteze neavând, deci, valoare de generalizare.

TEORIIILE ORGANOGENETICE

Conform teoriilor organice, autismul este rezultatul unor disfuncții organice de natură biochimică sau de dezvoltare insuficientă a creierului şi din această cauză nu se poate ajunge la parametrii normali ai activității psihice. Se pare că anormalitatea principală este cea cognitivă, afectând în particular gândirea simbolică şi limbajul, tulburările de comportament fiind secundare defectului cognitiv. În acest sens, trebuie luate în

considerare, în primul rând, dificultățile perceptuale de atenție şi de învățare, prezente la autişti.

Cercetările efectuate în domeniul genetic arată că riscul de autism este crescut în familia unui subiect autist, în raport cu populația generală. Metoda gemenilor arată că şi concordanța diagnosticului este mai ridicată la gemenii dizigoți, ceea ce aduce argumente în plus în favoarea intervenției posibile a unor factori genetici în anumite cazuri de autism.

În ceea ce priveşte factorii organici s-au făcut numeroase corelații neurobiologice. Deşi majoritatea ipotezelor sunt greu testabile, nu poate fi ignorat rolul posibil al organicității. Printre partizanii concepției organiciste se află A. van Krevelen (1952), care vorbeşte despre „o anomalie organică a creierului”, Anthony (1958) despre „un defect al echipamentului de bază”, Lauretta Bander, care încă din 1948 a susținut existența unei „disfuncții cerebrale asemănătoare encefalopatiei infantile”, astfel încât sugarul păstrează trăsături ale creierului fetal cu oprire în etape embrionare şi cu o „dismaturitate la nivelul ariilor de integrare”, care-l privează de acea pulsiune internă către stimulii exteriori.

Teoriile genetice susțin existența unei gene descendente predispozante la o integrare autistă a copilului, alături de factorii de mediu. Fiind vorba de un sistem poligen, s-a sugerat că autismul infantil apare ca urmare a unui defect înnăscut sau precoce achiziționat în echipamentul biologic al copilului. Deci, pentru a deveni autist, copilul trebuie să conțină în genom o genă specifică.

Actualmente se deschide perspectiva cercetărilor biochimice, incriminându-se drept cauze ale autismului anomalii ale proteinelor plasmatice sau ale metabolismului protidic. Aceste studii au evidențiat unele modificări biochimice, însă nici una nu pare a fi specifică autismului. Anomalia cea mai frecvent întâlnită este creşterea serotoninei sanguine şi plachetare, deşi unii autori consideră că această creştere este mai degrabă legată de întârzierea dezvoltării intelectuale decât de procesul psihotic ca atare. Recent, unii autori au pus în evidență o creştere a sintezei serotoninei, pornind de la triptofan, în plachetele copiilor autişti. De asemenea, unii cercetători au constatat o diminuare a procentajului de noradrenalină, de adrenalină şi de dopamină în plachete, asociată cu o creştere a acestora în plasma copiilor autişti, în timp ce principalul metabolit al noradrenalinei apare în procent scăzut.

Unele teorii admit existența unei tulburări la copilul autist în percepția şi integrarea stimulilor auditivi, vizuali şi olfactivi. Se pare că amplitudinile componentelor tardive ale potențialelor evocate auditive şi vizuale sunt mai slabe, iar timpii de latență mai scurți. Aceste rezultate se pot explica prin slăbirea funcției de filtru senzorial de unde apare tendința organismului de a respinge fluxurile senzoriale.

S-a constatat că autistul are un somn agitat şi de obicei doarme foarte puțin. Studiile privind somnul copilului autist au arătat că există modificări calitative ale acestuia, cu o importantă diminuare a mişcărilor oculare rapide care însoțesc activitățile visului.

Alte teorii biogenice susțin că autismul este rezultatul unei opriri în dezvoltare a celor două sisteme neurologice responsabile, pe de o parte, de integrarea motorie, iar pe de altă parte, de contactul afectiv şi de experiența recompensei. Oprirea în dezvoltare a celui de-al doilea sistem duce la inaptitudinea de a simți activitățile sale şi, deci, a capacității de „a învăța din propriile experiențe”(C. Noica).

Anumiți autori insistă asupra frecvenței asocierii la sindromul autist a unei afecțiuni organice clinic repetabile (encefalopatie, anomalie genetică, deficit senzorial, suferință neonatală). Deocamdată, nu se poate preciza natura legăturii care uneşte cele două afecțiuni, dar pare îndoielnic că ar putea fi vorba de o legătură cauzală simplă şi echivocă.

Rimland propune ca teorie biogenică „disfuncția cognitivă”. El argumentează prin faptul că există în autismul infantil o capacitate scăzută a copilului de a asocia stimuli noi la experiența trăită. Din această cauză, copilul nu poate folosi vorbirea pentru a comunica, deoarece el nu poate avea reprezentarea simbolului şi nici nu poate extrage esențialul din informațiile concrete. În relațiile cu alții, copilul nu integrează informațiile noi pe baza experienței trăite cu ceilalți şi nu are continuitate. Autorul propune drept cauză a „disfuncției cognitive” a copilului o deteriorare a informației reticulare ca urmare a unui exces de oxigen în copilărie, care a distrus acel țesut.

După L.Bender, „autismul infantil nu este o deteriorare înnăscută a sistemului nervos, ci o reacție defensivă la această deteriorare. Copilul, închizându-se în sine, se protejează de neliniştea şi de dezorganizarea care ar apărea la un eventual contact cu mediul suprasolicitant”.

Chiar dacă nu pot explica cu exactitate originea, geneza sindromului autist, aceste teorii organice sunt în măsură să evidențieze

anumite aspecte clare cu ajutorul cărora se va ajunge la un rezultat pentru această problemă controversată. Cu toate acestea, aceste teorii, ca şi multe altele, nu pot fi, din păcate, nici infirmate, dar nici confirmate.

TEORIILE COMPORTAMENTALE

Adepţii teoriilor comportamentale consideră că originea problemelor copilului autist este externă fiinţei lui. Aceştia nu acceptă la baza manifestării autismului o tulburare emoţională internă, neobservabilă sau un conflict. Tulburarea este considerată o reacţie de respingere, de evitare a mediului ostil, interpretare aflată la polul opus ca modalitate de înţelegere şi de explicitare a patogeniei modelului medical. Conform modelului medical etiologia autismului infantil este considerată de natură internă: o tulburare emoţională, o tulburare în concepţia şi percepţia realităţii de către copil, un dezechilibru structural, cu reacţie deficitară la adaptare. Cu toate acestea, tulburările, regresele, limitările care afectează capacitatea de percepţie nu pot fi considerate un autism în sine.

Emil Verza, în lucrarea sa *Psihopedagogie specială* (1998), susţinea: „Aceste teorii postulează că autismul infantil ia naştere dintr-un şir de comportamente învăţate şi care se formează în urma unor serii întregi de recompensări şi pedepse ce se repetă în condiţii relativ asemănătoare sau percepute de copil ca fiind similare. Aşa se produc şi se consolidează crizele de furie, autostimulările etc., care prin interacţiunea cu mediul pot deveni un fel de necesitate a manifestărilor. De cele mai multe ori la baza acestor simptome stau aberaţii în structura psihică şi de viaţă a părinţilor, intervenţii anormale în educarea copiilor, existenţa unor anomalii la copii, ce sunt exacerbate de atitudinea şi comportamentul patologic al părinţilor."

*Wing J. K.(*1966) punea tulburarea autistă în legătură cu rubeola maternă, fenilcetonuria netratată, scleroza tuberoasă, cu anoxia din timpul naşterii, encefalita, cu spasmele infantile sau bronhopneumoniile severe.

În trecut, fără să existe studii care să confirme ipoteza, se susţinea ideea că dezvoltarea tulburărilor autiste se face pe fondul unor anomalii de personalitate şi pe fondul unor practici de educare necorespunzătoare. Studiile recente nu au dovedit însă corectitudinea afirmaţiei.

O altă teorie este cea a lui *Fester*, care îşi dezvoltă teoria bazându-se pe studiul teoriilor formulate anterior. Pentru Fester, copiii autişti

diferă de cei normali prin frecvența emiterii comportamentelor şi nu prin potențialul, natura sau calitatea comportamentelor lor. Copilul autist este deficient din punctul de vedere al comportamentelor sociale complexe, exagerând în comportamente simple, asociate, Fester fiind de părere că educația insuficientă şi neadecvată a părinților este cauza care a condus la incapacitatea copilului de a-şi dezvolta un comportament social normal.

Din cele de mai sus rezultă că, din perspectiva etiologică, în producerea autismului pot concura o varietate de factori care se subsumează oricărora dintre cele trei tipuri principale de teorii anterioare.

7. 1. 4. *Evoluție şi prognostic în autism*

Pentru a putea trata şi recupera copilul autist trebuie, în primul rând, să cunoaştem evoluția şi prognosticul bolii, precum şi factorii care o influențează. Foarte importantă este anamneza cazului pentru a aduna toate datele referitoare la *antecedentele* şi la *debutul afecțiunii,* ea putând pune în evidență originea şi cauzele tulburărilor morbide. Unul dintre cei mai importanți factori care determină evoluția autismului este *geneza*. De aceea, este important să cunoaştem etiologia bolii pentru instituirea tratamentului şi a programului de recuperare necesare. Astfel, un copil cu autism din naştere, cu posibile implicații genetice, are nevoi şi şanse de reuşită deosebite față de un altul care are autism pe un fond psihogen generat de dizarmonia familială.

Un element foarte important în evoluția polihandicapului este şi IQ (coeficientul de inteligență). Deficitul intelectual este destul de marcat în acest caz, astfel încât 30% dintre subiecții cu autism având un IQ peste 70. Majoritatea copiilor rămân însă destul de greu handicapați. Nivelul intelectual şi capacitatea de a dezvolta aptitudini socio-verbale, dezvoltarea limbajului, condiționează prognosticul. În majoritatea cazurilor de autism (2/3) este necesar toată viața un mediu înconjurător bine structurat.

Multe studii indică apariția sau reapariția limbajului la autist în jurul vârstei de cinci ani, iar în ceea ce priveşte IQ se susține ideea că acesta se menține stabil când este peste 50, iar dacă este sub 50 tendința sa este de a scădea. A şasea parte dintre copiii autişti fac, după câțiva ani sau în adolescență, crize comițiale, iar tratamentul medicamentos nu influențează în mod deosebit evoluția bolii.

Se poate observa la copilul autist o reacție de panică odată cu trezirea precipitată şi irezistibilă a conştiinței eu-lui, în jurul vârstei de doi, trei ani. Dacă există circumstanțe nefavorabile, fie din cauza unei situații familiale specifice, fie pe fondul unei constituții mai vulnerabile a copilului sau a sechelelor unei maladii, experiența sinelui este internă şi dramatică.

Prin urmare, importantă pentru evoluția bolii este depistarea precoce a problemelor copilului pentru a evita adâncirea rupturii între copil şi mediu şi pentru a salva cât mai mult din relația acestuia cu ceilalți.

Prognosticul este diferit şi în funcție de vârsta copilului. Astfel, dacă debutul psihozei are loc înainte de vârsta de 4 ani (când fragilitatea sistemului nervos este foarte crescută), prognosticul va fi sumbru, marcat de o regresie psihică generală şi profundă a copilului, procesul psihotic îmbrăcând o formă pseudodemențială, caracterizată în primul rând prin autism şi automutilare.

Dacă debutul psihozei are loc după vârsta de 4-5 ani, tabloul clinic va cuprinde elemente caracteristice formei clinice respective, iar prognosticul va fi diferit în funcție de natura şi de gravitatea procesului psihotic.

În aceste situații, autismul poate determina o stare psihotică deficitară atât prin procesul psihotic în sine, cât şi prin faptul că tulbură înțelegerea şi investirea realului, a lumii externe şi a relațiilor obiectuale precoce ale copilului.

Pubertatea poate aduce modificări în orice direcții. Funcțiile cognitive şi aptitudinile sociale se pot ameliora independent unele de altele. Adesea există o exacerbare a comportamentului agresiv, uneori deviant, prin vagabondaj, automutilare şi gesturi obscene. Comportamentul turbulent, opozițional, poate dura foarte mulți ani atunci când el apare pe un fond schizofrenic.

Este hotărâtoare în evoluția polihandicapului existența unor deficiențe asociate sau a unor boli cronice. Astfel, severitatea tulburărilor de limbaj, neinstalat până la 5-6 ani, implică un prognostic de gravitate, cu evoluție spre pierderea treptată a achizițiilor obținute şi spre dependență totală. Copiii ale căror achiziții, chiar parțiale, sunt progresive, printr-un minim de relație cu anturajul, evoluează adesea spre un deficit mai puțin grav. Copiii cu autism mai uşor pot merge la şcolile obişnuite alături de cei normali, însă este fundamental ca educatorul să-şi dea seama că întârzierea la învățătură nu poate fi compensată prin meditație sau prin ore suplimentare, problema copilului autist nefiind ca

el să aibă rezultate bune la învăţătură, ci să se dezvolte armonios şi să poată trăi şi munci împreună cu semenii săi.

O complicaţie somatică majoră care se poate ivi este criza epileptică. Cel puţin 1/4 dintre copiii autişti prezintă convulsii înainte de vârsta adultă. La adolescenţă şi în primii ani ai vârstei adulte subiecţii mai puţin afectaţi sunt expuşi la stări depresive din cauza conştientizării handicapului lor. O stare catatonică, psihopatică, cu iluzii sau halucinaţii poate fi prezentă în evoluţia bolii autiste.

Pentru o bună evoluţie a copilului autist, el trebuie ajutat să-şi folosească obsesiile şi fixaţiile în mod creator (îndepărtarea lor nu duce decât la formarea altora). Astfel, de multe ori, copiii cu autism avansat, care însă au beneficiat de o terapie favorabilă, s-au putut orienta în jurul vârstei de 16 ani spre diferite activităţi manuale şi au demonstrat o pricepere deosebită pentru ţesut, brodat, olărit, tâmplărie şi chiar gravură pe sticlă.

Este foarte important să-i lăsăm copilului autist şansa de a-şi explora posibilităţile de autocunoaştere şi de autoexprimare atunci când manifestă talent pentru artă în general. Copilul trebuie sprijinit pentru a obţine o eficienţă maximă în domeniile în care doreşte, ajutându-l să-şi folosească tot potenţialul, fără a-l forţa însă.

7. 1. 5. *Metode de recuperare şi posibilităţi de tratare a autismului*

- **ABORDAREA PSIHOMEDICALĂ ÎN TRATAREA AUTISMULUI**

Tratamentul autismului se face timp îndelungat şi urmăreşte un efect antipsihotic şi simptomatic asupra anxietăţii şi agitaţiei, a căror dispariţie ar permite o mai bună inserţie socială. Tratamentul curativ al bolnavului autist trebuie să întrunească următoarele condiţii:

1) să fie individualizat, în funcţie de vârsta copilului, de stadiul de evoluţie a polihandicapului, de forma clinică a bolii şi de particularităţile lui biopsihologice;

2) să fie cât mai complex, îmbinând procedurile medicale, pedagogice şi sociale care vizează copilul bolnav cu cele adresate educatorilor şi părinţilor;

3) să fie un tratament de durată, eşalonat pe întreaga copilărie, alternând cura de staţionar şi de terapie intensivă cu tratamentul ambulator şi de menţinere, îmbinate cu măsurile cu caracter de prevenire a recidivării.

Tratamentul propriu-zis se bazează pe folosirea chimioterapiei. Astfel, Wetty (1959) propunea folosirea medicamentelor rezerpinice şi a derivaţilor fenotiazinici, folosite în tratamentul psihozelor. Se constată că răspunsul la aceste medicamente este foarte variat, dozajul urmând să fie individualizat şi urmărit cu atenţie. În anul 1964, Rimland a dovedit eficienţa medicamentului L.S.D. în autism în anumite cazuri. Cooper în 1973 şi Dale în 1980 au obţinut rezultate în combaterea agresivităţii prin tratament cu litiu. Insomnia poate răspunde la sedative ca Cloralhidrat sau Oxazepam cu doze strict individualizate. Rimland şi Tobias au raportat, în 1974, rezultatele unor studii care implicau folosirea medicamentului Deanol. Paradoxal, în timp ce Tobias a remarcat un progres la copiii autişti trataţi cu Deanol, Rimland arată că progresul se limitează la spectacular şi că în unele cazuri tratamentul a necesitat să fie întrerupt din cauza efectelor secundare. De asemenea, s-a constatat că administrarea de Haloperidol poate avea ca efect reducerea simptomelor comportamentale negative şi poate dezvolta funcţia cognitivă.

Electroşocul în autism a fost mai puţin utilizat şi numai în cazurile care nu au beneficiat de terapie medicamentoasă, aceasta fiind mai puţin spectaculoasă la copil comparativ cu adultul.

O tehnică revoluţionară, care a dat rezultate impresionante, este *masajul sugarului* (se practică şi la copiii mai mari). Acesta îşi are originea în masajul tradiţional indian şi a fost preluat de un medic de origine americană care a lucrat mulţi ani în India. Vimala Schneider Mc'Clure este fondatoarea unei clinici unde se practică această terapie pentru copiii autişti, obţinându-se rezultate uimitoare în planul afectivităţii şi comunicării copiilor cu autism.

Există multiple variante de tratament alternativ: prin regimuri alimentare care urmăresc modificarea compoziţiei sângelui, reducerea acidităţii, regularizarea tranzitului intestinal, stimularea funcţiilor vitale ale circulaţiei şi respiraţiei tisulare, prin electroacupuncturĂ – folosită ca tratament în scopul normalizării distibuţiei energetice în organism. Măsurile adjuvante ca: aeroterapia, hidroterapia, kinetoterapia îmbinate cu ludoterapia dau rezultate bune în cazul ameliorării agresivităţii, iniţierii contactelor umane şi dezvoltării afective.

Tratamentul psihomedical urmăreşte prevenirea apariţiei handica-purilor secundare şi dezvoltarea funcţiilor implicate în handicapurile

primare. El trebuie aplicat cât mai precoce, înaintea vârstei de 4-5 ani şi până la vârsta de 14 ani.

- **ABORDAREA PSIHOLOGICĂ ÎN TRATAREA AUTISMULUI**

Tratamentul autismului trebuie conceput într-o perspectivă multidimensională, îmbinând chimioterapia cu psihoterapia şi cu socioterapia.

Înainte de examinarea numeroaselor cauze şi tratamente care au fost propuse pentru autism, trebuie spus că nu există un tratament care să vindece în totalitate disfuncțiile. Copiii autişti pot fi ajutați în multe feluri, adesea ei nefiind suficient de repede diagnosticați ca „autişti", dar aceste probleme tind să fie eliminate. Ornitz şi Ritvo, în 1976, sugerau că autiştii beneficiază cel mai mult de pe urma terapiilor comportamentale şi a educației speciale, antrenând comunicarea şi alte deprinderi.

Metoda psihodinamică

Tratamentul psihodinamic constă în îndepărtarea copilului de acasă şi plasarea lui într-un loc în care îi este înlesnit tratamentul. Aici, copilul va beneficia de un consultant disponibil şi înțelegător, statornic, de încredere cu care va putea interacționa. Baza acestei terapii o constituie sensibilitatea permanentă față de nevoile copilului a consilierilor şi a persoanelor care îl îngrijesc. În acest fel, conform teoriei psihodinamice, copilul poate învăța aici, ceea ce acasă nu ar fi putut şi anume faptul că prin comunicare, verbală şi gestuală, va putea influența mediul înconjurător. Odată ce baza a fost formată, copilul poate începe să se ataşeze emoțional şi să-şi clădească o personalitate stabilă.

O problemă majoră în evaluarea tratamentului psihodinamic este lipsa generală a sugestiilor concrete pentru teoria existentă. Tratamentul poate fi animat prin procesul de reactivare a stărilor latente, furnizând o mulțumire completă, pozitivă şi prin acceptarea „mamei". „Mama" (terapeutul) trebuie să cunoască nevoile copilului la nivelul său primitiv de funcționare senzorio-motorie. Tratamentul constă în susținerea afectivă, strângerea în brațe, legănarea, hrănirea şi aşa mai departe, în încercarea de a face tot ceea ce este posibil pentru necesitățile tactile, kinestezice, vizuale şi de contact ale copilului autist. Odată puse bazele unei relații de prietenie între copil şi „mamă", odată ce obiectul relației a

fost fondat pe baza personalității materne, socialul, perceptualul şi îndemânarea cognitivă pot fi urmate prin:

1) imitarea comportamentului şi vocalizări;

2) verbalizarea afectelor;

3) menținerea şi conceptualizarea activităților verbale, a funcțiilor, a părților şi a obiectelor pe care copilul le întâlneşte;

4) introducerea graduală a nevoilor de autoapărare, controlarea impulsurilor şi rezolvarea problemelor.

Recent, câțiva părinți de copii autişti au fost de părere că acest tratament nu este chiar eficient.

Metoda comportamentală

Având la bază teoria comportamentală, behavioriştii nu au avut pretenția să vindece condițiile psihozelor copilăriei. Mai exact, ei au analizat comportamentul părinților, deficiențele şi excesele acestora şi au intenționat să le modifice. În cazul copiilor psihotici, deficiențele includ un repertoriu social, verbal şi cognitiv sărac, în timp ce excesele presupun comportamentele inadecvate şi violente, cum ar fi stereotipiile, automutilarea sau autostimularea.

În multe cazuri, terapiile comportamentale au avut succes în corectarea acestor deficiențe şi excese. Majoritatea tehnicilor terapiei comportamentale sunt bazate pe **întărire** (ex: îi dai copilului o prăjitură dacă el se abține de la un comportament nedorit), **stingere** (ex: retragerea atenției ca răspuns la un comportament nepotrivit) şi **pedepsire** (ex.: administrarea unei pedepse ca răspuns la un comportament inacceptabil).

Rapoartele indică faptul că toate aceste tehnici sunt eficiente, însă eficiența lor depinde în mare măsură de comportamentul care trebuie eliminat. Spre exemplu, automutilarea (cum ar fi lovitul cu capul) va fi eventual înăbuşită dacă nu i se dă atenție copilului atunci când se loveşte.

O altă problemă privind extinderea procedurilor este aceea că anumite componente par a fi menținute mai curând în interior decât exteriorizate pentru recompensă, caz în care retragerea atenției sau recompensarea ar avea efecte foarte mici sau deloc.

Desigur, dacă stingerea comportamentului nu dă rezultate, terapeutul poate recurge la pedepse: de obicei la pălmuire, sau, în cazuri extreme, de comportamente autodistructive, la şocuri electrice.

O.I. Lovaas a condus cercetările cu privire la folosirea electroşocurilor în instruirea copiilor autişti şi a ajuns la conluzia că acestea sunt foarte eficiente în eliminarea automutilării. După părerea sa, indiferent cât de gravă este automutilarea şi indiferent cât timp copilul face asta, este posibilă îndepărtarea comportamentului autodistructiv în mai puțin de câteva minute. Dar oricât de imediate ar fi efectele acestei proceduri şi oricât de utilă ar fi ea în anumite cazuri, morala, etica şi termenii legali limitează frecvent utilizarea acestei proceduri inumane. Mulți consideră că pedepsirea unui copil autist pentru un comportament nedorit nu face decât să mărească problemele (Belleheim – 1967). Răspunzând, Lovaas subliniază că autiştii răspund mai degrabă la terapie atunci când sunt tratați ca oamenii răsplătiți sau traşi la răspundere pentru comportamentul lor, decât dacă sunt tratați ca pacienți. Lovaas este de părere că, dacă un comportament autodistructiv nu este eliminat printr-un tratament, oricare ar fi acela, copilul autist poate petrece o mare parte din timp retras, incapabil să ia parte la orice alt fel de terapie.

O altă posibilă problemă în eliminarea comportamentelor nepotrivite ar fi „simptomul substituției", presiunea făcută pentru suprimarea comportamentului nedorit putând da naştere la un alt comportament nepotrivit. Aceasta înseamnă că, odată ce am eliminat un comportament pe care copilul îl reprimă în mod frecvent şi cât poate el de mult, noi nu ne putem aştepta de la copil ca el să stea în linişte şi să aştepte pe cineva care să-l învețe un comportament nou pozitiv cu care să umple golul. După eliminarea comportamentelor nedorite există probleme în menținerea acestor schimbări. Prin urmare, se poate spune că răspunsurile învățate de copiii autişti la terapie, adesea, nu sunt generalizate la şcoală sau acasă. Anumiți copii, mai ales cei care se întorc în instituții după tratament, recidivează complet.

Recent, eforturile pentru rezolvarea acestei probleme au implicat păstrarea copilului acasă şi direcționarea eforturilor de tratament asupra părinților. Prin această metodă, părinții sunt instruiți să se poarte ca adevărați terapeuți. Terapia de acasă poate avea mare succes. Odată ce părintele observă un mic progres la copil, el va fi tentat să încerce mai mult, iar prin progrese copilul va ajunge cât mai departe în recuperarea sa.

În general, terapeuții comportamentali nu îşi fac iluzii că ar putea transforma un copil autist în unul normal. Mai exact, scopul lor este acela de a da acestor copii suficiente reacții adaptative astfel încât ei să se poată

absolvi de grija custodiei, pentru o mai mare utilitate şi pentru o existență cât mai plină.

Criticii terapiilor comportamentale pentru copiii autişti au invocat faptul că „produsul” nu este mai bun decât un robot performant şi în anumite cazuri, aceasta pare a fi cauza. De fapt, copiii nu înțeleg conceptul în sine, ei doar răspund cum au fost învățați la o întrebare specifică.

Cu toate acestea, terapia comportamentală a dat rezultate în dezvoltarea răspunsurilor spontane. De asemenea, au fost făcute progrese pentru eliminarea comportamentelor bizare, pentru dezvoltarea auto-apărării, a limbajului şi a relațiilor sociale la copilul autist.

- **Metoda existențial-umanistă – Terapia mediului înconjurător**

Această terapie presupune plasarea copilului autist într-un loc special, unde dezvoltarea sa să fie încurajată de un personal cald şi sigur care să furnizeze resursele şi structura necesară pentru a alunga temerile copilului. În acest fel copilul este liber să stabilească relații sociale şi să descopere lumea. Astfel, chiar şi atunci când mănâncă, doarme, se îmbracă sau învață, copilul are în permanență posibilitatea să interacționeze şi să realizeze comportamente pe care adulții le pot recepta pe o bază individuală, putând ajuta copilul să devină mai încrezător şi mai conştient de sine.

Această terapie are multe puncte comune cu terapia psihodinamică. La fel ca şi în cazul terapiei psihodinamice, metoda existențial-umanistă are ca problemă principală faptul că, aplicate zi de zi, procedurile ei nu sunt specificate, evaluările fiind vagi şi subiective. În ultimă instanță, dacă o astfel de terapie ar avea succes, ar fi foarte dificil pentru alții să inițieze programe similare, în efortul de a obține aceleaşi rezultate.

Aşa cum există mai multe teorii etiologice care se pot integra într-o concepție unitară, orice factor etiologic şi orice teorie trebuind luată în considerare pentru o explicație cât mai plauzibilă a autismului, tot aşa trebuie procedat şi în cazul metodelor de recuperare propuse. Chiar dacă nici una dintre ele nu satisface pe deplin problema recuperării copilului autist, trebuie luată în calcul orice metodă de terapie care a dat rezultate.

În afară de aceste metode, mai există şi strategii de tratament aparte pentru copiii autişti.

- **STRATEGII DE TRATAMENT AL AUTISMULUI**

Concepția actuală asupra autismului este dată de D.S.M. III – revizuit *(Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder),* ce prezintă un sistem de clasificare psihiatrică în care autismul şi dereglările înnăscute sunt aşezate în categoria tulburărilor în dezvoltare pervazive.

Se sugerează ca metode de tratament al autismului:

Stimularea dezvoltării normale

Rutter relevă câteva aspecte ale dezvoltării normale care joacă un rol important în tratarea copiilor autişti: dezvoltarea socială, dezvoltarea limbajului, dezvoltarea cognitivă şi învățătura. În ceea ce priveşte motricitatea, jocul şi autonomia, copii autişti se dezvoltă diferit. Putem considera că aceste aspecte ale dezvoltării enumerate mai sus au un rol important în dezvoltarea cognitivă şi în învățare.

Dezvoltarea motricității

Mişcările repetate, stereotipe sunt caracteristice sindromului autist. Copilul autist face multe mişcări bizare cu brațele şi cu mâinile, grimase. Unii dintre aceşti copii merg pe vârfurile picioarelor cu gambele moi. Mulți învârt obiecte cu degetele prin fața ochilor. Adesea, mişcarea este stereotipă, copilul se leagănă singur ore întregi sau se învârte în jurul său. Aceste mişcări stereotipe se manifestă adesea de la o vârstă foarte mică, sunt dificil de întrerupt de către părinți, putând avea caracter auto-erotic.

Pentru a ameliora mişcarea grosieră a autistului este important să pornim de la centrele de interes şi de la nivelul de dezvoltare ale copilului. În timpul jocului sau al exercițiului, adultul trebuie să se situeze paralel cu copilul, alături de el, nu pe poziții adverse. Exercițiul sau jocul trebuie introdus progresiv: mai întâi trebuie dat un exemplu (adultul execută un exercițiu demonstrativ), apoi copilul şi adultul trebuie să execute împreună exercițiul respectiv şi, în sfârşit, copilul trebuie să execute singur exercițiul. Anumite cântece care însoțesc mişcările sunt foarte utile pentru ameliorarea motricității. Exercițiile trebuie repetate adesea pentru a putea fi înțelese puțin câte puțin. Nu trebuie să uităm să recompensăm copilul de fiecare dată când reuşeşte (ex.: cu o prăjitură, cu o jucărie etc.).

Pentru a ameliora problemele mişcării fine trebuie să plecăm, de asemenea, de la preocupările şi de la nivelul de dezvoltare ale copilului. Putem ghida mâna copilului atunci când face activități motrice dificile

pentru el. Putem să îl determinăm să se joace cu plastilina, să decupeze sau să asambleze piesele unui puzzle.

Jocul

Copilul autist nu se interesează, sau se interesează prea puțin, de lucrurile care atrag atenția tuturor copiilor cu o dezvoltare normală, lipsindu-i curiozitatea de a descoperi anturajul său. El dezvoltă un număr restrâns de activități din care lipseşte cea de explorare firească, nu se joacă într-o manieră normală, adecvată şi nu utilizează jucăriile pentru a se juca cu ele. Pe el îl interesează activitățile stereotipe, repetate (spre exemplu, învârte un lanț în fața ochilor). Interesul pentru ceilalți şi aptitudinea de a avea contact, necesare pentru a se juca împreună cu alți copii, sunt foarte restrânse la autişti, ceea ce împiedică dezvoltarea jocului. Pentru a mări posibilitățile de joc este important să ameliorăm mai întâi contactul. Cu ajutorul anumitor jocuri şi jucării putem încerca să-l facem pe copilul autist să se îndrepte către lumea exterioară (şi, deci, spre alte persoane), chiar dacă este foarte închis în sine însuşi. Putem să-i oferim experiențe senzoriale care să-l incite la aceasta. Putem, spre exemplu, să-i dăm o sonerie sau un instrument muzical. Pentru a ameliora contactul cu copilul putem, de pildă, să-l provocăm la joc cu o minge sau cu un balon. Pentru aceasta, trebuie să ținem cont de interesele copilului şi să-l atragem în acțiuni pe care le desfăşoară şi el singur (chiar aşa bizare cum par). În timpul acestor jocuri simple este important ca terapeutul să fie privit de către copil şi să fie ascultat (strigându-l adesea pe nume).

Autonomia

Prin autonomie înțelegem capacitatea de a executa de unul singur activități cotidiene precum: mâncatul, mersul la toaletă, îmbrăcatul etc. În mod normal, copiilor le place să imite activitățile adulților, ale părinților, de exemplu. Dar copiii autişti au oroare de a imita, dorința de a fi independent, de a fi „mare”, de a fi ca ceilalți fiind aproape absentă la aceşti copii. Copilul nu învață prin joacă, însă el trebuie învățat cumva anumite lucruri, într-o manieră clară şi structurată, ceea ce solicită mult timp, energie şi răbdare.

În general, nu este suficientă doar instrucțiunea verbală sau o simplă demonstrație, ci este nevoie de o acompaniere psihică. Putem prinde membrele şi degetele copilului autist, modelându-le după mişcările

necesare executării unei anumite activități. Astfel, el își va da seama, puțin câte puțin, de ceea ce se așteaptă de la el. Mai ales la început, adultul va avea impresia că face totul singur, degetele copilului părând fără putere și el necooperând; treptat, copilul va urma mișcările adultului până le va executa singur.

Trebuie să-l învățăm, așadar, pe copilul autist să se spele, să se îmbrace, să mănânce etc., de preferință acasă la el, locul în care este capabil de a fi mai puțin independent. Îi arătăm ce trebuie să facă și divizăm activitatea în mai multe etape. Astfel, va învăța puțin câte puțin, mai ales dacă este recompensat. O dată ce copilul a învățat să execute o activitate, e important să-i lăsăm timp pentru a o aprofunda.

Dezvoltarea socială

Copiii autiști se disting de ceilalți copii printr-o lipsă de interes față de mediul social. Nu este vorba despre o inexistență a relațiilor sociale, ci despre relații anormale privind mai ales aspectul calitativ. Încă din copilărie, părinții constată la copilul autist o lipsă a contactului social, el fiind adesea cu fața lipsită de expresie și cu o privire goală. Atașamentul față de părinți este straniu, manifestându-se mai ales în raport cu rutina care-l leagă de o anumită persoană. El este mai degrabă foarte atașat de obiecte. Pe măsură ce copilul crește, în jurul vârstei de 6 – 12 ani, contactul defectuos se manifestă oarecum diferit, deprinzând o serie de aptitudini sociale și o obișnuință a persoanelor văzute zilnic. Nu este interesat de necunoscuți, cel mult de detalii ale acestora (ex. buzunarele hainelor lor). Adolescentul autist, dacă este suficient de inteligent, poate mima relațiile sociale, chiar dacă acestea sunt superficiale și egocentrice.

Dezvoltarea cognitivă și învățătura

Pentru a favoriza dezvoltarea cognitivă normală sunt necesare două condiții: achiziționarea de experiențe active semnificative și capacitatea de a folosi experiența acumulată, condiții care nu sunt întotdeauna existente la copiii autiști, ei având mari dificultăți de a pune în practică, într-o anumită situație, ceea ce au învățat în alta.

Reducerea rigidității

Copiii autiști nu înțeleg mare lucru din comportamentul social și din limbaj, demonstrând o mare nevoie de previzibilitate și de controlabilitate. Se cramponează de modelele învățate pe de rost și pot intra în panică când un detaliu din mediul lor se schimbă. Rezistența la schimbare a copilului autist, constantă pe toată durata vieții lui, se poate

manifesta începând cu o vârstă foarte fragedă (ex.: de când este sugar – neacceptarea trecerii de la alăptatul la sân la biberon).

Probleme de comportament non-specifice

- *Somnul.* Mulți copii autişti au probleme cu somnul, dormind greu, trezindu-se des noaptea, având crize de plâns sau de furie, uneori fiind vorba despre o perturbare a ritmului zi – noapte (copilul fiind activ noaptea şi apatic ziua).
- *Probleme de nutriție.* Unii copii autişti au probleme în a controla musculatura implicată în masticație, neştiind să mănânce alimente solide, fiindu-le teamă să bage în gură bucăți prea mari sau prea tari de mâncare. În plus, unii copii autişti sunt rezistenți la schimbările alimentare, având preferințe puternice pentru un anumit aliment (ex.: solid sau lichid). Frecvent, trecerea de la alimente solide la lichide se face greu, putând fi o problemă şi folosirea ustensilelor pentru mâncat (din cauza ataşamentului inexplicabil al copilului pentru un anumit biberon sau pentru o anumită farfurie*).*
- *Accesele de furie***.** Copiii autişti au adesea accese de furie pentru că ei nu dispun de vocabularul necesar obținerii lucrurilor pe care le vor. Ei pot țipa după dulciuri, după un obiect, sau din cauză că le-a fost deranjată rutina. Aceste crize se pot declanşa dintr-o dată şi sunt frecvent folosite drept cel mai rapid mod de a obține ceea ce vor.
- *Angoasele.* Angoasele copiilor autişti sunt imprevizibile, de neînțeles pentru alții (ex.: teama de cifra 5 sau de culoarea roşie). Ele se manifestă prin reacții de panică dublate de accese de furie sau de crize de plâns de neoprit. În general, aceste angoase se diminuează cu trecerea timpului.
- *Probleme de curățenie***.** Majoritatea copiilor sunt curați până în jurul vârstei de 4 ani, fiind însă îngrijiți de cineva. Pentru a căpăta control asupra vezicii sau a sfincterelor este nevoie de timp, iar rolul părinților este major, ei trebuind să evite orice atitudine furioasă sau de acuzare a copilului, acest fapt nefăcând decât să prelungească acest comportament nedorit al copilului.
- *Automutilarea.* Acest comportament este extrem de frecvent la copii autişti, ei lovindu-se, muşcându-se, ințepându-se etc. Soluția ar consta în organizarea timpului copilului astfel încât acestuia să nu-i mai rămână timp neocupat. Pentru terapie este necesar să facem distincție între formele de comportament automutilant, care se disting din cadrul vieții copilului autist (de a atrage atenția, de a evita situațiile dificile etc.),

şi alte forme cu origine în interiorul copilului (autostimularea, respingerea stimulilor).

- *Comportamentul distructiv***.** Copiii autişti nu se pot juca constructiv, ci petrec mult timp examinând lucrurile care-i înconjoară. Ei remarcă rapid că hârtia se poate rupe, că obiectele solide fac zgomot când sunt aruncate de pământ sau când sunt sparte. Jucăriile sunt rareori utilizate în sensul lor funcțional, copilul fiind fixat pe detalii şi nu pe totalitatea obiectului. Comportamentul distructiv al copilului autist se desfăşoară adesea într-o manieră stereotipă, repetitivă.
- *Problemele sexuale***.** Evoluția sexuală, în special la băieți, este în întârziere în raport cu copiii normali, interesul pentru sexualitate rămânând mult timp imatur şi copilăresc. O dată cu pubertatea, manifestarea dorințelor sexuale devine o problemă pentru adolescenții autişti, tabuurile sexualității părând să joace un rol esențial în această situație dificilă. Există programe speciale de orientare practică şi de educație pentru adolescenți şi tineri autişti care prezintă identificarea părților corpului, menstruația la fete, igiena personală şi comportamentul social în raport cu sexualitatea.

Dezvoltarea limbajului la copii autişti

În autism, dificultățile de limbaj se manifestă de timpuriu, prin lipsa unor relații adecvate în vorbire şi prin interesul redus pentru achiziționarea limbajului. Studiile arată că peste 50% dintre copii autişti nu vor vorbi niciodată. Comunicarea non-verbală cu aceşti copii (care nu vorbesc) este foarte dificilă. Cu toate acestea, se pot învăța forme de comunicare alternativă, mai ales cu copiii cu inteligență ridicată. După un program de însuşire a unor gesturi simple însoțite de cuvinte, copiii pot fi capabili de a dezvolta aptitudini verbale (ex.: de comunicare non-verbală: folosirea de obiecte ca mijloc de comunicare/pardesiu = plimbare, furculița = mâncare, utilizarea fotografiilor şi imaginilor).

Copiii care vorbesc târziu prezintă o serie de anomalii ale limbajului specifice: ecolalia, limbajul inversat („tu" în loc de „eu"), lipsa ascultării mesajului interlocutorului, intonație anormală (monotonă, de robot), lipsă de expresivitate. Un alt fenomen specific este modul bizar de enunțare a propozițiilor, fiind vorba de fapt despre o înțelegere limitată a simbolurilor. Deşi au un nivel tehnic bun al lecturii unui text, ei nu ştiu să reproducă ceea ce au citit. De asemenea, nu pot înțelege structura limbajului şi nu pot distinge între important şi secundar. De aceea, pentru

a putea înțelege ceea ce li se comunică, conținutul mesajului trebuie simplificat.

Pentru însuşirea şi dezvoltarea limbajului de către copilul autist este importantă imitarea verbală, bazată pe contact şi pe feed-back vizual. El trebuie să învețe vorbirea funcțională, trecând de la însuşirea sunetelor, a silabelor, a cuvintelor simple la asimilarea expresiilor mai complicate. Pasul următor constă în a învăța copilul să identifice, să aleagă sau să arate obiecte prin denumirea lor. Se trece la învățarea purtării unei conversații, apoi la însuşirea şi folosirea timpurilor vorbirii în propoziții simple, abia apoi mai complicate. Copilul trebuie ajutat să folosească limbajul, să-şi utilizeze vorbirea funcțională şi în alte locuri şi cu alte persoane şi nu doar să repete ca un ecou sunete sau cuvinte.

7.2. **Surdocecitatea**

7.2.1. *Definiție şi etiologie*

Surdocecitatea reprezintă un polihandicap, la fel ca şi autismul, fiind însă o *deficiență multisenzorială.* Acest polihandicap constă în coexistența la aceeaşi persoană a două tipuri de deficiențe de ordin senzorial: deficiență de văz şi deficiență de auz. Persoana cu surdocecitate se caracterizează, aşadar, prin lezarea (pierderea) celor trei canale de comunicare cu mediul: văzul, auzul şi canalul verbal, fiind o persoană oarbă, surdă şi mută.

Un copil cu surdocecitate prezintă o combinație de deficiențe de pe urma cărora vederea/ auzul nu pot fi folosite ca surse primare pentru învățare. Cele două deficiențe senzoriale (cecitatea-orbirea şi surditatea), fiecare în parte sau ambele împreună, pot apărea concomitent sau succesiv şi pot fi însoțite sau nu de pierderea altor funcții ale corpului.

Cauze ale deficiențelor sezoriale pot fi: o sechelă prenatală determinată de rubeolă sau de o altă boală congenitală (cum este sindromul Usher), o altă boală a primei copilării, un accident etc.

Singura trăsătură comună a persoanelor incluse în grupul celor cu surdocecitate este faptul că toate au *un anumit grad de deficiență în folosirea simțurilor de distanță (de telerecepție).*

Copilul cu surdocecitate nu este un copil surd care nu vede sau un copil orb care nu poate auzi. Nu este vorba în acest caz doar de o problemă de surditate la care se adaugă orbirea, aşa cum nu este vorba

despre o problemă de comunicare sau despre una de percepție. Acest polihandicap este un fenomen extrem de complex, care include şi alte aspecte pe lângă cele menționate anterior. Persoanele cu surdocecitate sunt multisenzorial deficiente, fiind incapabile să-şi folosească simțurile de distanță pentru a primi informații nedistorsionate.

Deficienții cu surdocecitate pot:

- să nu aibă capacitatea de a comunica cu mediul înconjurător într-o manieră inteligibilă;
- să aibă o percepție distorsionată a mediului în care evoluează;
- să nu aibă capacitatea de a anticipa anumite evenimente sau rezultatele activității lor;
- să fie lipsite de multe dintre motivațiile extrinseci de bază;
- să aibă probleme medicale care să conducă la lacune serioase în dezvoltare;
- să fie catalogate ca retardate sau ca persoane cu probleme psihice;
- să fie forțate să asimileze doar anumite metode de a învăța pentru a compensa multiplele lor deficiențe;
- să aibă dificultăți majore în stabilirea şi menținerea relațiilor cu alte persoane.

Mulți copiii cu surdocecitate au vedere reziduală şi/sau auz rezidual care ar putea fi folosite în mod eficient. Ei trebuie învățați să folosească acest potențial şi să integreze acumulările senzoriale de la simțurile de distanță deficiente cu experiența acumulată şi cu semnalele de la alte simțuri. Dacă această integrare nu se realizează cu succes, copiii cu acest polihandicap vor fi condamnați deseori la o existență sub nivelul capacităților lor.

7.2.2. *Caracterizarea surdocecității*

La naştere, copilul cu surdocecitate are o combinație de probleme de văz şi auz, punându-şi părinții în fața unor mari dificultăți. Frecvent, acestui copil i se pune diagnosticul de retardat profund, el putând avea probleme serioase în a mânca (a înghiți hrana solidă), în a dormi (are un program de somn absolut aparte), posibile reacții adverse la îmbrăcat, fie pe fondul unei hiperactivități, fie din cauza faptului că deficiența multisenzorială conduce la un *prag scăzut de tolerare a senzațiilor*

tactile. Dezordinea caracteristică funcționării biologice determină frecvent dificultăți și întârzieri în învățarea deprinderilor de igienă corporală. Incapacitatea de a comunica poate determina atât frustrare, cât şi probleme de disciplină, precum şi perturbări în sferele socio-afectivă şi a dezvoltării cognitive.

Când copilul cu surdocecitate creşte, căpătând forță şi putere, comportamentul său deviant, care până atunci fusese tolerat de ceilalți (părinți), poate deveni periculos, atât pentru el, cât şi pentru ceilalți. Necesitatea de a controla forța sa fizică conduce la creşterea frustrărilor copilului, având ca rezultat stabilirea unui ciclu perpetuu format din *acțiuni negative şi contrareacții*. Mulți dintre copiii cu surdocecitate cu niveluri funcționale reduse sunt predispuşi la *manifestări* tipice de *autostimulare*: autoaccidentare, rictus de îngustare a privirii, fluturarea degetelor prin fața ochilor, fixarea intensă a sursei de lumină etc.

Unii dintre copiii cu surdocecitate suferă de afecțiuni severe ale creierului, rezultate din rubeolă sau din alte traume prenatale şi au deci nevoie de îngrijire specializată. Totuşi, studii recente au relevat faptul că mulți dintre aceşti copii (80% după unii autori) pot beneficia de programe adecvate de recuperare.

7.2.3. *Recuperarea copilului cu surdocecitate*

Copilul cu surdocecitate suferă din cauza deficienței sale multiple din punct de vedere senzorial, neputând profita din interacțiunea cu mediul său natural cu aceeaşi uşurință ca un copil normal, întrucât acest mediu este limitat doar la contacte întâmplătoare, iar motivația de a-l explora este minimă. Succesele acestui copil sunt aproape inexistente, rolul crucial al stimulilor externi în motivația dezvoltării motorii şi în asigurarea unei baze pentru dezvoltarea cunoaşterii fiind anihilat de canalele sale limitate de acces (pipăit, gust, miros) şi de dereglările care există chiar şi în aceste canale. Acest decalaj în dezvoltare are urmări în cazul testării copilului, cea mai mare parte a testelor tradiționale pentru văz, auz şi inteligență fiind inadecvate.

Printr-o adaptare gradată a copilului la mediu, el poate fi ajutat să trăiască, să accepte stimuli externi. Copilul cu surdocecitate poate fi învățat *să îşi folosească vederea/auzul reziduale* (acolo unde există potențial) şi *să-şi dezvolte unele deprinderi motorii esențiale*, concepte şi

modalități eficiente de comunicare, deprinderi de viață cotidiană şi mobilitatea necesare pentru a se integra şi funcționa în societate ca un membru responsabil.

Direcțiile pe care este de dorit să se meargă în recuperarea copilului cu surdocecitate sunt, aşadar, dezvoltarea socială şi afectivă a acestuia, învățarea comunicării, dezvoltarea deprinderilor motorii, dezvoltarea percepției, dezvoltarea cognitivă, formarea deprinderilor de orientare, mobilitate şi a celor de viață propriu-zise.

Este important ca unui copil cu surdocecitate să i se asigure un mediu de natură stimulativă-reacțională şi nu unul dirijat. Toți intervenienții care lucrează cu un copil cu surdocecitate – părinți, profesori, personal medical şi de îngrijire – formează o parte importantă a mediului reacțional. Ei trebuie să depună eforturi în mod constant pentru a îi furniza copilului situații care să îl stimuleze pentru interacțiunea cu mediul, rezolvarea problemelor, încercările de comunicare. Toate eforturile pe care le depun copiii, în special cei de vârstă mică sau cu nivel funcțional redus, trebuie să fie încununate cu succes. Unul din scopurile abordării reacționale este realizarea dialogului la nivel corespunzător. Este mult mai uşor să dirijezi copilul şi să execuți în locul lui, decât să îți consumi timpul şi eforturile „rezolvând împreună cu el".

Copilul cu surdocecitate are mult mai puține şanse de a influența mediul decât copilul văzător, surd, sau chiar decât cel orb. În plus, o dată cu dezvoltarea social-afectivă, comportamentul copilului este deseori mai puțin acceptat de către ceilalți datorită contrastului evident dintre dezvoltarea (constituția) corporală şi vârsta mentală. Mediul înconjurător al unui copil de 10-12 ani, dar cu o minte „sărmană", de doar 2 ani, trebuie structurat cu multă grijă pentru a evita un dezastru.

Scopul oricărui program de succes este asigurarea unui mediu care să îi permită fiecărui copil să îşi dezvolte deprinderile sociale şi stabilitatea afectivă cu ajutorul unei interacțiuni planificate, într-un cerc mai larg de copii şi adulți. Orice program care se concentrează doar asupra creşterii interesului copilului, mobilității sale şi comunicării, dar nu furnizează un mediu stimulativ, reacțional, conceput pentru o viitoare dezvoltare social-afectivă, poate duce la apariția unor serioase probleme afective din cauza frustrărilor copilului care trăieşte într-un mediu dirijat, restrictiv şi asupra căruia are un control foarte redus, sau chiar deloc.

- **Dezvoltarea socială şi afectivă**

Dacă mediul nu reacționează adecvat în raport cu copilul, acesta va deveni frustrat şi vor apărea dereglări de comportament, ca reacție la mediu.

Trebuie avut grijă ca respectivul copil să înțeleagă mediul în care intră. Când copilul pare incapabil să recepționeze limbajul sau să se exprime, este vital să fie încurajat şi ajutat în explorarea mediului. Lărgirea gradată şi planificată a relațiilor sale trebuie să urmărească aproximativ acelaşi tipar de dezvoltare ca în cazul copiilor fără deficiențe. Dacă achizițiile sociale şi afective nu sunt întreținute cu grijă şi înțelegere, frustrările şi problemele afective rezultante vor bloca dezvoltarea lui în toate domeniile. Până când copilul ajunge să câştige încredere din experiența proprie, putem anticipa etapele specifice care vor apărea în fiecare nouă interacțiune cu mediul:

- copilul se opune la interacțiune;
- copilul va tolera interacțiunea, în co-acțiune cu intervenientul;
- copilul va coopera pasiv cu intervenientul;
- copilul va agrea acțiunea datorită intervenientului;
- copilul va răspunde cooperant la cererea intervenientului;
- copilul îl va conduce pe intervenient pe parcursul activității, după ce a primit în prealabil explicații;
- copilul va imita, la cerere, acțiunea intervenientului;
- copilul va iniția acțiunea independent.

Dezvoltarea afectivă şi socială nu este limitată doar la domeniul specific al programei şcolare sau al unui loc anume. În orice moment al fiecărei activități, copilul cu surdocecitate care trăieşte într-un mediu reacțional îşi va forma noi concepte şi le va întări pe cele stabilite anterior. Când este vorba de un astfel de copil, acest proces nu poate fi lăsat la voia întâmplării. Una dintre cerințele necesare pentru o dezvoltare sănătoasă este existența unui mediu structurat, în sensul cel mai bun şi pozitiv al termenului, cu obiective clar definite, bazate pe nivelul de dezvoltare al copilului. Maturizarea socială a unui copil cu o astfel de deficiență (sau a oricărui alt copil) depinde de capacitatea sa de a dobândi o manieră corectă de comportament, de adaptare la regulile sociale şi de dezvoltare a unor atitudini social acceptate.

Copilul cu surdocecitate poate avea o problemă. Contactele sale cu adulții şi cu cei de vârsta sa îl fac deseori să preia modele greşite de comportament, de roluri sociale şi de atitudini sociale. Percepția sa asupra lumii este deseori confuză şi distorsionată din cauza deficienței multisenzoriale. Copilul are tendința de a se cantona într-o lume egocentrică şi are nevoie de intervenție pentru a interpreta experiențele sociale pe care le trăieşte. Contactele – care îl satisfac şi asigură motivații pentru contacte viitoare – trebuie să fie adecvate ca tip, nivel şi durată, deci corespunzătoare nivelului său de dezvoltare. Privațiunea socială – indiferent că este generată de lipsa ocaziilor, ca în cazul multor contexte instituționale, sau datorată experiențelor nesatisfăcătoare din trecut – va duce la apariția unei stări de nelinişte.

Copilul fără deficiențe învață deprinderile sociale pilotat de către părinți şi profesori, prin imitație, prin încercări şi greşeli, sau în mod direct, prin urmarea unui model. În etapele timpurii de dezvoltare socială, copilul cu surdocecitate poate folosi imitația, încercările şi erorile şi chiar un anume model doar dacă beneficiază de prezența unui intervenient de încredere, care activează ca „un mecanism de transmisie" între el şi mediu. Intervenientul stabileşte o legătură vitală, într-un cadru reacțional, acționând nu ca model sau ca un profesor, ci ca un mediator prin intermediul comunicării, el având rolul de a ajuta interpretarea situațiilor-problemă.

Când copilul începe să se maturizeze, va fi expus la o gamă mai largă de influențe. Tipul de relații care există între membrii unei familii sau între cei care lucrează într-un internat sau cadru instituțional va începe să capete o nouă semnificație. Trebuie să fie creată şi menținută o atmosferă afectuoasă, plină de căldură şi îngăduitoare. În momentul când un copil cu deficiență multiplă este pregătit pentru a coopera, trebuie evitate atitudinile de nepăsare-delăsare ale membrilor familiei, „prea ocupați pentru a îşi pierde timpul cu el". Copilul trebuie învățat să participe la preocupările adulților şi să aştepte momentul când va deveni şi el un obiectiv important pentru aceştia. Trebuie să fie clar că acest copil, neputând să vadă sau să audă, nu realizează motivul pentru care este ignorat.

Capacitatea de a învăța chiar şi cele mai simple deprinderi, prin încercări şi greşeli, depinde în mare măsură de abilitatea copilului de a percepe rezultatele încercărilor sale. Dacă el nu este ajutat să interpreteze rezultatele eforturilor pe care le-a făcut, problemele sale de percepție fac

ca această abordare să nu poată fi pusă în aplicare. Incapacitatea lui de a vedea expresiile faciale sau de a auzi vocile celor din jur îl poate conduce la repetarea unor modele de comportament enervant-plictisitor, doar pentru că aceste reacții dau naştere la răspunsuri din partea persoanelor din mediul său.

Deseori, acest copil trebuie învățat să recunoască şi să tolereze afecțiunea. Rezistând încercărilor prin care mama îşi exprimă afecțiunea, mulți dintre copii se vor închista într-o carapace de singurătate sufletească. Rezistența sau opoziția pot lua forma unei stări de încordare extremă (în multe dintre primele rapoarte despre copiii cu deficiențe severe de pe urma rubeolei, aceşti copii sunt numiți „casanți”), a plânsului, a neacceptării sau a unei stări de agitație puternică şi constantă. Indiferent de formă, răspunsul de rezistență nu îi oferă mamei o răsplată satisfăcătoare pentru investiția sa afectivă. S-ar putea ca ea să aibă o stare de teamă şi de neplăcere, pe care o va comunica involuntar copilului, stabilind astfel un ciclu care se perpetuează de la sine.

- **Învățarea comunicării**

Comunicarea cu un copil cu surdocecitate poate lua forme variate: semnal, gesturi, indicații specifice, semne, dactileme, vorbire, Braille-Tiprit.

SEMNAL

Un semnal simplu făcut de intervenient (de exemplu, o mişcare specifică pentru a indica „start” sau „stop”) poate constitui un mod de comunicare adecvat pentru mulți copiii al căror nivel senzorial este extrem de scăzut. Copilul cu surdocecitate hipoactiv, a cărui existență este limitată doar la viața sa interioară şi care petrece ore întregi autostimulându-se prin legănare sau prin stimulări luminoase, ar putea fi abordat la acest nivel.

GESTURI

Toți folosim gesturi: o clătinare a capului pentru „Da” sau „Nu”, o fluturare a mâinii în semn de salut etc. Copiii de vârstă foarte mică sunt deseori învățați să îşi fluture mâna în semn de „La revedere”, chiar înainte de a fi capabili să articuleze cuvintele. Multe gesturi pot conduce la semne convenționale. Alte gesturi sunt mult mai adecvate din simplul motiv că reflectă cu naturalețe lucrul pe care îl avem de făcut. Nu trebuie să existe preocuparea dacă aceasta este modalitatea adecvată pentru

înțelesul şi nivelul senzorial al copilului. Limbajul prin semne, dactilemele sau limbajul oral pot fi introduse la momentul oportun.

INDICAȚII SPECIFICE

Asemenea indicații pot fi introduse înainte, în acelaşi timp sau după gesturi, în funcție de fiecare copil. Scopul indicațiilor specifice este de a îi semnala copilului un set de acțiuni care vor urma, în aşa fel încât el să înceapă să anticipeze evenimentele. De exemplu, mama poate folosi un prosop mare, aspru, pentru a indica momentul îmbăierii. Ea poate să îi dea copilului prosopul când acesta se află în sufragerie, în dormitorul părinților sau chiar în maşină. Când copilul va simți prosopul, va înțelege că urmează să facă baie. Scopul prezentării indicațiilor specifice este de a îi permite copilului să anticipeze o serie de evenimente, într-o manieră asemănătoare cazului unui copil normal care primeşte indicații audio-vizuale şi de altă natură de la mediu.

SEMNE MARI

Datorită acuității scăzute sau câmpului vizual limitat sau datorită faptului că deseori nivelul lor senzorial indică doar că percep lumina (iar unii sunt complet orbi), copiii cu surdocecitate trebuie să fie obişnuiți cu semnele, în vederea cunoaşterii şi însuşirii lor. Combinația dintre necesitatea de manipulare şi problemele vizuale specifice face imposibilă recunoaşterea de către acest copil a multor detalii de finețe care se regăsesc în limbajele convenționale prin semne. Pentru a rezolva această problemă trebuie făcute adaptări ale semnelor convenționale. Aceste adaptări sunt numite „semne mari” pentru a atrage atenția asupra faptului că nu este suficientă doar simpla însuşire a tehnicilor prin semne folosite de surzi. Numărul şi tipul de semne mari necesare vor varia la fiecare copil în funcție de gradul de vedere reziduală al acestuia.

DACTILEME

Există două metode de a utiliza dactilemele: metoda cu două mâini şi metoda cu o mână. Există un paralelism strâns între introducerea dactilemelor convenționale şi metodele folosite pentru a învăța un copil să citească. Se începe cu numele obiectelor şi acțiunilor familiare copilului, alegându-le pe acelea care nu conțin mai mult de 3-4 litere. Trebuie dată semnificația fiecărui cuvânt. Este nevoie de multă răbdare pentru că se vor prezenta de foarte multe ori literele înainte de a obține un răspuns cooperant din partea copilului.

VORBIREA

Mulți copii cu surdocecitate prezintă tendințe de gen autist. Deşi suntem conştienți că există o controversă în rândul celor care lucrează cu persoanele surde, referitoare la faptul dacă este sau nu oportun să fie introdus limbajul prin semne când există posibilitatea de a vorbi, numai cei care au avut contact vizual direct cu mulți copii cu surdocecitate realizează cât de dificil le este acestora să îşi însuşească vorbirea doar prin intermediul unei abordări strict „orale”. Aceşti copii preferă deseori să se uite la mâini, cu mult înainte de a accepta un contact vizual. În plus, se pare că la mulți copii limbajul prin semne folosit ca „sprijin” ajută şi întăreşte cuvântul rostit. Nu este neobişnuit ca aceşti copii, care au o anumită vedere reziduală, să folosească concomitent semnele şi vorbirea pentru comunicare şi chiar, cu excepția situațiilor de stres, să renunțe la semne. Nu subscriem pentru nici o modalitate care impune sau alege un anumit tip de abordare pentru un copil cu surdocecitate.

BRAILLE – TIPRIT

La luarea unei decizii referitoare la oportunitatea introducerii scrisului tipărit sau a scrierii braille ca mijloc de comunicare pentru copil, trebuie să se ia în considerare mai mulți factori (de exemplu, vederea reziduală disponibilă, stabilitatea gradului de deficit vizual şi complexitatea defectului, capacitatea de receptare şi integrare a informației tactile, gradul de acuitate vizuală necesar pentru a citi scrierea braille, nivelul senzorial general al copilului).

- **Dezvoltarea deprinderilor motorii**

Dacă un copil este surd şi orb, aceasta nu înseamnă că el nu are nevoie de activitate fizică. Activitățile motorii trebuie astfel planificate încât să-i furnizeze copilului ocazia de a se descoperi atât pe sine, cât şi mediul care îl înconjoară. Etapele dezvoltării deprinderilor motorii se suprapun peste cele ale dezvoltării socio-afective. Unele persoane implicate în aceste activități cred că există un grad ridicat de interdependență între dezvoltarea deprinderilor motorii şi toate celelalte domenii ale dezvoltării: afectivă, socială şi intelectuală. Cu alte cuvinte, fără o activitate motorie adecvată, dezvoltarea copilului va fi extrem de deficitară în toate domeniile.

În funcție de vârsta şi de nivelul senzorial al copilului cu surdocecitate activitatea poate varia de la un anume joc ales la întâmplare

până la activități organizate pentru individ sau grup. Puține sunt activitățile la care persoanele cu surdocecitate nu pot participa la un nivel recreativ. Experiența arată că orice copil cu surdocecitate poate participa cu plăcere la diverse activități, precum cele enumerate în continuare, dacă a beneficiat de intervenție şi de metode de instruire adecvate.

- *Activități recreative individuale*

ridicare de greutăți	înot
trambulină	scufundări
dans clasic	schi
patinaj pe rotile	gimnastică (inclusiv lucrul pe saltea şi la aparate)
patinaj pe gheață	jocuri cu mingea

- *Activități recreative de grup*

dans folcloric	îndrumare turistică
dans modern	mers pe bicicletă
jocuri (gen „Leapşa”, „Hoții şi vardiştii”, „Țară, țară, vrem ostaşi”)	săniuş

- *Activități competiționale recreative*

lupte	îndrumare turistică
judo	înot

- *Alte activități recreative*

bowling	bicicletă fond
călărie	drumeție
pescuit	
canotaj	

Siguranța, înțelegerea şi un *feedback* imediat constituie cheia succesului. Mişcarea în co-acțiune este metoda prin care copiii cu surdocecitate învață. Unui copil văzător îi este suficient să observe pe cineva rostogolindu-se şi, după câteva încercări, va fi şi el în stare să repete mişcarea. Unui copil cu surdocecitate trebuie să i se arate cum să procedeze. Pentru o rostogolire în co-acțiune se ține copilul pe stomacul celui care lucrează cu el şi cei doi se rostogolesc împreună. Copilul se află în siguranță şi începe să simtă mişcarea şi semnificația rostogolirii. În următorul pas educatorul şi copilul se află unul lângă celălalt (mod cooperare) pentru a se rostogoli concomitent. I se dau copilului indicațiile

specifice corespunzătoare şi este încurajat. În ultima etapă (mod activizant-reacțional) nu va trebui decât să i se dea indicațiile specifice necesare pentru începerea activității. Timpul, răbdarea şi tehnicile adecvate unei activități reprezintă cea mai bună investiție pe care o poate face un intervenient/educator.

- **Dezvoltarea percepției**

Deficiența multisenzorială înseamnă că unele canale de input senzorial au fost deteriorate sau nu funcționează la potențialul deplin în momentul respectiv. Copilul sau adultul cu surdocecitate nu pot folosi în mod eficient cele două simțuri de distanță. Persoana respectivă prezintă limitări serioase în perceperea cu acuratețe a mediului sau a rezultatelor interacțiunii sale cu mediul, iar dacă nu beneficiază de o intervenție adecvată nu va fi în stare să se manifeste la un potențial deplin.

Simțul intermediar de distanță (mirosul) este un înlocuitor ineficient. Acest simț ajunge în situația de a primi o suprasarcină de stimulare şi încetează să mai furnizeze discriminarea necesară. Simțurile de apropiere, gustul şi pipăitul, nu pot compensa singure pierderea simțurilor de distanță.

Programul trebuie să înceapă cu simțul pe care copilul îl acceptă cel mai bine. Acest simț este deseori, dar nu totdeauna, pipăitul (atingerea). Trebuie identificat nivelul senzorial al copilului în momentul respectiv. Scopul programului individual constă în a face cât mai eficientă folosirea acestui input tactil şi a introduce în mod gradat informații provenind de la alte surse, ca vederea sau auzul. Deseori, când percepe existența unui input senzorial nou, copilul va înceta să se manifeste în toate celelalte domenii până când nu se va simți confortabil şi va accepta stimulii noi.

Capacitatea pe care o capătă copilul de a recepționa şi integra informațiile din mediul înconjurător va influența, într-o măsură hotărâtoare, atât nivelul său cognitiv cât şi capacitatea sa de a elabora concepte semnificative. Tipul, nivelul şi intensitatea intervenției necesare pentru a îi permite persoanei cu surdocecitate să fie un membru util societății sunt în raport cu capacitatea sa de a integra asemenea informații. De asemenea, dezvoltarea deprinderilor de comunicare şi a conceptelor mai elevate depinde de capacitatea copilului de a integra inputul senzorial.

- **Dezvoltarea cognitivă**

Pentru ca un copil cu surdocecitate să îşi dezvolte şi să-şi amplifice conceptele, el trebuie să fie capabil să înțeleagă relația dintre experiențele trecute şi cele noi, să îşi dezvolte capacitatea de a înțelege semnificațiile de bază şi să îşi dezvolte capacitatea de a raționa, de a interpreta inputul senzorial şi de a evalua alte surse de informații.

Formarea timpurie a conceptelor se bazează pe experiențe concrete. Cu timpul, multe concepte vor fi dobândite sau amplificate prin experiențele substituente. Datorită limitărilor pe care le impune deficiența senzorială în formarea conceptelor primare (specifice), copilul va prezenta deseori dificultăți în generalizarea (amplificarea) imaginii pe care o are asupra lumii, neputând avea aceleaşi norme sau direcții ca un copil fără deficiențe.

Chiar şi cele mai inteligente persoane cu surdocecitate trebuie să se confrunte constant cu limitarea şi distorsionarea informației. Dacă este lipsită de un aport continuu de informații adecvate despre interacțiunea sa cu mediul, persoana cu o astfel de polideficiență nu va reuşi să se dezvolte cognitiv într-un ritm şi de o profunzime suficiente pentru a evita etichetarea de „retardat”. Persoana cu surdocecitate poate să aibă un potențial imens, dar fără informații adecvate creierul său va fi la fel de ineficientă ca un computer fără program.

- **Formarea deprinderilor de orientare şi mobilitate**

Deprinderile de orientare şi mobilitate încep să se dezvolte în timpul primelor luni de viață. Pe măsură ce sugarul cu surdocecitate creşte în vârstă, el începe să înțeleagă că are un trup cu părți diferite care îndeplinesc funcții diverse. Trezirea interesului față de propriul trup şi înțelegerea acestuia se vor dezvolta cu ajutorul experiențelor. Copilul învață să recunoască şi poate să localizeze diferite părți ale trupului şi să le compare cu cele ale altor persoane. El va descoperi că unele corpuri sunt mai mari decât ale lui, iar altele mai mici şi va începe să compare dimensiunile sale cu cele ale diferitelor obiecte şi spații din lumea sa.

Orientarea în spațiu nu se dezvoltă în mod automat la un astfel de copil. Imaginea pe care o are despre lume se va schița în primele luni de viață şi se va extinde pe măsură ce va fi implicat în activități semnificative pe tot cuprinsul perioadei sale de veghe. Copilul care este

obligat să stea în pătuț sau în țarc, „pentru propria sa siguranță" şi care este purtat de adult dintr-un loc în altul, din motive de economisire a timpului, va beneficia de puține ocazii, sau chiar deloc, pentru a îşi crea baza deprinderilor viitoare. Pentru un copil cu surdocecitate, mobilitatea include nu numai mersul, dar şi rostogolirea, târârea, cățărarea, mersul în patru labe. De asemenea, ar putea fi incluse deplasarea într-un cărucior cu rotile sau deplasarea cu ajutorul altor mijloace ajutătoare, gen bretele (dacă sunt necesare).

În primele etape, cea mai mare provocare pentru educator constă în a îi oferi copilului motive pentru a se deplasa şi explora. Până când copilul nu îşi dezvoltă anumite preferințe pentru activități şi jucării, singura lui motivație pentru a se deplasa o reprezentă persoana educatorului şi activitățile în care acesta se angajează împreună cu copilul. Unii copii îşi vor dezvolta preferințe pentru anumite locuri (un colțişor al țarcului sau al pătuțului, un scaun mare lângă fereastră etc.). Se pot fructifica aceste preferințe crescând gradat distanța până la ele şi complexitatea traseului pe care copilul trebuie să îl facă pentru a ajunge la locul dorit.

- **Formarea deprinderilor de viață**

Copilul fără deficiențe învață şi îşi dezvoltă cele mai multe dintre deprinderile de viață printr-o combinație de încercări şi greşeli, prin imitare şi instruire întâmplătoare obținute sub impulsul momentului. Sugarul şi copilul fără deficiențe sunt „făcuți pentru", „făcuți cu", iar în final se aşteaptă ca ei „să facă singuri" diverse treburi – cum ar fi: să mănânce, să se spele, să se îmbrace, să aibă grijă de hainele şi lucrurile proprii – în funcție de motivele culturale bine stabilite şi de aşteptările familiei. Sfaturile şi asistența sunt necesare doar când apar anumite deficiențe.

Părinții unui copil retardat, surd sau orb, se pot baza pe o literatură de specialitate extrem de bogată şi se pot adresa unor specialişti pentru a afla cum să îl învețe pe copilul lor anumite deprinderi specifice de viață, de exemplu cum să se îmbrace şi să mănânce.

Nivelul de acumulare a diferitelor deprinderi de viață este independent de toate celelalte domenii de dezvoltare. Deseori, nu doar deficiențele vizuale sau auditive, dar şi lacunele de dezvoltare în diferite domenii de comunicare şi în deprinderile motorii vor face dificil de

aplicat sugestiile care fuseseră concepute inițial pentru a asista copiii cu alte deficiențe. Rutinele de viață în familie şi învățarea acestor deprinderi oferă mediul cel mai natural de aplicare a deprinderilor pe care copilul le-a dobândit în alte domenii de dezvoltare. În plus față de nivelurile de dezvoltare a copilului, stilul de viață, prioritățile, resursele şi speranțele familiei vor avea o influență directă asupra genului de deprinderi de viață pe care se pune accent într-un anume moment.

Pentru un copil cu surdocecitate, dobândirea oricărei deprinderi de viață este, aşadar, un proces în patru faze: *trezirea interesului* copilului pentru o activitate, *învățarea* (care se realizează cu succes de ex.: pentru „îmbrăcat" dacă copilul se foloseşte pe sine – propriul corp şi nu o păpuşă), *punerea în practică* (în aplicare) – când copilul se desprinde treptat de sprijinul adultului-părinte, urmată de ultima fază – cea a *întreținerii şi a modificării* (presupunând întreținerea deprinderii la un nivel funcțional de competență şi modificarea acestei deprinderi prin aplicarea ei în cât mai multe şi mai variate situații).

REZUMAT

Polihandicapul reprezintă *o asociere de două sau mai multe handicapuri la una şi aceeaşi persoană, cele două deficiențe fiind, de regulă, consecutive una celeilalte*. Cele mai importante şi grave în acelaşi timp polihandicapuri sunt **autismul** şi **surdocecitatea**.

Autismul („autos" → gr. înseamnă „sine însuşi*") reprezintă o închidere în sine* a persoanei ducând la o desprindere a acesteia de realitate şi la o intensificare a vieții sale imaginative. Putând apărea foarte de timpuriu (înaintea vârstei de 2 ½ ani) şi fiind mai frecvent la băieți decât la fete (de 2 până la 4 ori mai mult), acest polihandicap presupune o serie de **caracteristici specifice**: *existența unor dificultăți de limbaj şi de comunicare, a unor discontinuități în dezvoltare şi învățare, a unor deficiențe perceptuale şi relaționale, a unor tulburări acționale şi comportamentale,* precum şi *disfuncționalități ale proceselor, însuşirilor şi funcțiilor psihice*. Copilul autist se caracterizează prin lipsa nevoii de comunicare, limbajul acestuia având un accentuat caracter *solilocvic* şi o structură gramaticală imatură. Sunt prezente frecvent ecolalia întârziată, verbalizările şi inversarea pronumelor („tu" în loc de „eu"), existând o discrepanță între posedarea vocabularului şi abilitatea de a-l folosi ca

mijloc de comunicare socială. Specifice acestui polihandicap sunt *dificultățile perceptuale* (ex.: lipsa reacțiilor la stimuli foarte puternici, atracția pentru obiecte/stimuli nerelevanți pentru un copil normal), *dezvoltarea paradoxală* pe diferite paliere (ex.: învață uşor să facă înmulțiri, dar nu poate să numere până la 10), *tulburările acționale* şi *comportamentale* (stereotipii – gestuale sau sub forma activităților repetitive – comportamente de automutilare şi de autostimulare – tactilă, kinestezică, auditivă, vizuală). La autist, întreaga *activitate psihică* presupune disfuncționalități, acestea manifestându-se la nivel afectiv-motivațional (lipsă de interes pentru contact social sau pentru trăirile celor din jur, imaturitate afectivă), cognitiv (anomalii în dezvoltarea aptitudinilor cognitive) etc.

Etiologia autismului a stârnit serioase controverse între partizanii organogenezei şi cei ai psihogenezei, în fapt geneza acestui polihandicap fiind multifactorială. Teoriile psihogene (*B. Bettlheim, M. Mahler, Tustin* etc.) susțin interpretarea autismului ca retragere a subiectului față de tot ceea ce a fost perceput rece, ostil şi pedepsitor în mediul înconjurător, cauza fiind reprezentată de carențele educaționale şi afective ale copilului. Cercetările recente arată totuşi că nu se poate stabili o legătură absolută între autismul infantil şi comportamentul părinților. Teoriile organogenetice (*A. Van Krevelen, L. Bender, Rimland etc.)* analizează autismul ca rezultat al unor disfuncții de natură biochimică sau de dezvoltare insuficientă a creierului. Potrivit acestor abordări, autismul apare ca rezultat al unui defect înnăscut sau precoce achiziționat în echipamentul biologic al copilului. Teoriile comportamentale (*Fester, J.K. Wing* etc.) iau drept origine a sindromului autist exteriorul, mediul, polihandicapul luând naştere dintr-un şir de comportamente învățate, pe fondul unor recompensări şi pedepse aplicate repetitiv copilului de către adult.

Pentru **tratarea autismului** trebuie cunoscute *evoluția* lui, *prognosticul*, precum şi *factorii* care-l influențează (IQ – coeficientul de inteligență al copilului, etiologia polihandicapului, vârsta copilului, depistarea precoce a semnelor specifice acestei polideficiențe etc.). În abordarea recuperatorie a cazurilor de autism există mai multe modalități de intervenție: ***abordarea psihomedicală*** (tratamentul fiind axat pe diminuarea anxietății şi a agitației copilului autist şi bazat pe folosirea *chimioterapiei*, a *electroşocurilor* – de către unii psihiatrii – tehnică puternic combătută astăzi, a „*masajului sugarului*”, cu origine în masajul

indian), ***abordarea psihologică*** a autismului (cu variantele ei: *psiho-dinamică* – presupunând îndepărtarea copilului de acasă şi plasarea lui într-un alt mediu, unde va întâlni un consultant -„mama" înțelegător şi de încredere, deschis la nevoile copilului, *metoda comportamentală*, aplicată atât copiilor autişti – sistem întărire – stingere – pedepsire, cât şi părinților lor – aceştia învățând să fie terapeuți pentru proprii copii şi *metoda existențial-umanistă*, ce presupune plasarea autistului într-un mediu cald, potențial furnizor de resurse pozitive pentru copil. În afara acestor abordări mari în tratarea autismului, există şi alte strategii de tratament, focalizate pe atingerea următoarelor *obiective*: stimularea dezvoltării normale a copilului autist, dezvoltarea motricității lui, căpătarea autonomiei personale, creşterea calității relațiilor sale sociale, dezvoltarea cognitivă pe fondul reducerii rigidității şi înlăturării sau reducerii problemelor de comportament non-specifice (de somn, de nutriție, accese de furie, angoase, comportamente distructive etc.), dezvoltarea limbajului etc. Pentru a atinge aceste scopuri este necesară ***dezvoltarea jocului*** la aceşti copii cu polideficiență, jocul fiind poate fi cel mai eficient mijloc de intervenție recuperatorie în cazul autismului.

Surdocecitatea, ***polihandicap*** ca şi autismul, este însă o ***deficiență multisenzorială***, constând în coexistența la aceeaşi persoană a două sau mai multe tipuri de deficiențe de ordin senzorial (de văz şi de auz). Aşadar, surdocecitatea presupune lezarea celor trei canale de comunicare a individului cu mediul: văzul, auzul şi canalul verbal. Persoanele cu acest polihandicap au un anumit grad de deficiență în folosirea simțurilor de distanță (de telerecepție), un prag scăzut de tolerare a senzațiilor tactile, dificultăți şi întârzieri în învățarea deprinderilor de igienă corporală**,** sunt frecvent frustrate şi au comportamente de tip indisciplină, precum şi perturbări în sfera socio-afectivă şi cea cognitivă. *Alte caracte-ristici* posibile sunt: acțiunile negative şi contrareacțiile, comportamentele de tip autostimulare etc. **Recuperarea** în cazul **surdocecității** urmăreşte învățarea copilului să-şi folosească vederea – auzul reziduale (acolo unde există potențial) şi să-şi dezvolte deprinderile motorii esențiale, modalități eficiente de comunicare, deprinderi de viață elementare etc. Pentru aceasta este necesar un mediu stimulativ-reacțional şi nu unul dirijat, dialogul cu copilul cu surdocecitate trebuind să se realizeze constant şi cât mai adecvat cu putință.

CONCEPTE-CHEIE

- *Polihandicap* = asocierea a două sau mai multe handicapuri la una şi aceeaşi persoană.
- *Autism* = termen derivat din gr. „autos” = „sine însuşi” şi introdus în psihiatrie în 1911 de E. Bleuler. Este un polihandicap ce presupune o excesivă închidere a persoanei în sine, o desprindere de realitate, cu o intensificare a vieții imaginative. „*Autismul infantil precoce*” – Leo Kanner (1943) – se caracterizează prin incapacitatea copilului mic de a stabili contacte afective cu mediul.
- *Limbaj solilocvic* = vorbire cu sine, pentru sine.
- *Ecolalie întârziată* = repetare a unor sunete, silabe sau cuvinte, „în ecou”, însă nu imediat ce au fost auzite, ci la un anumit interval de timp (ce poate varia de la câteva minute până la zile, săptămâni etc.).
- *Automutilare* = vătămarea propriului corp, realizată în mod conştient de către o persoană.
- *Surdocecitate* = polideficiență senzorială, constând în coexistența la aceeaşi persoană a două sau mai multe deficiențe sezoriale (de văz şi de auz).

EXTENSII TEORETICE

Autismul infantil

Autismul infantil reprezintă, alături de paralizia cerebrală, sindromul postencefalic şi sindromul Down, a patra clasă de diagnostic pentru handicapul infantil. Denumit inițial, în Marea Britanie „psihoza copilăriei”, simptomul clasic al autismului infantil este tendința de evitare a contactului (vizual, auditiv, corporal) cu altă persoană, păstrându-se intact interesul pentru obiecte. Vorbirea copilului cu autism poate fi absentă sau afectată, adesea limitată la ecolalie sau prezentând o inversare a pronumelui personal („Eu” în loc de „Tu” şi invers). Anxietatea, dependența de uniformitate, o motricitate bizară şi un comportament obsesiv pot fi frecvent constatate la copiii autişti, testele lor de inteligență prezentând variații mari care merg de la eşec la succes. Spre deosebire de celelalte clase de diagnostic, asupra etiologiei cărora s-a ajuns la un anumit consens în literatura de specialitate, autismul infantil rămâne încă o enigmă. Se crede că problema copilului autist derivă dintr-o deficiență

de dezvoltare a motivației şi de auto-percepție conform vârstei sale, precum şi dintr-o deteriorare a perceperii altei persoane ca ființă individuală înzestrată cu un „Eu" propriu. Alte *trăsături caracteristice* autismului infantil sunt: curiozitatea vie, interesul marcat pentru mecanisme şi o îndemânare ieşită din comun privind manipularea lor, tendința exagerată de a evita contactul şi comunicarea, diversitate în planul structurilor motorii (mişcări grațioase, coordonate şi totuşi bizare, neobişnuite, executate de mâini, degete şi picioare – ex. gesturi de răsucire, salt, rostogoliri ivite din senin). Probleme mari apar la copilul autist în privința comportamentului de somn şi a comportamentului alimentar (fie refuz alimentar total, fie moduri bizare de alimentare – ex. mâncat din farfuria câinelui).

Copilul autist este altfel decât ceilalți copii cu handicap. El poate răspunde, spre deosebire de aceştia, la întrebări care depăşesc cu mult vârsta lui cronologică dar nu poate da răspuns la întrebări situate sub nivelul vârstei sale. *Autismul infantil* trebuie abordat în raport cu mediul familial al copilului, constatându-se o frecvență ridicată a mediilor intelectuale ca medii de proveniență a copiilor autişti. Măsura în care copilul autist va reuşi să se integreze în societate ca persoană adultă nu depinde de inteligența sau de aptitudinile sale şi nici măcar de posibilitățile sale de comunicare, ci de mediul (caracteristicile lui) în care se formează şi creşte. Cu cât acest mediu este pozitiv, armonios structurat, tolerant, plin de înțelegere şi căldură, cu atât şansele de integrare a acestui copil sunt mai mari.

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1. Caracterizați comparativ cele două forme de polihandicap prezentate în acest capitol (autismul şi surdocecitatea).
2. Enumerați cauzele posibile ale polihandicapurilor.
3. Imaginați un demers recuperativ pentru un copil cu surdocecitate.

BIBLIOGRAFIE

1. GELDER M., GARH D., MAYOU R., *Tratat de psihiatrie – Oxford*, Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Inițiative Publishers, 1944, ed. a II-a.
2. GORGOS C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Ed. Medicală, Bucureşti, 1988.
3. LAROUSSE – *Dicționar de psihiatrie şi psihopatologie clinică*, Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.
4. Mcinnes J.M., TREFFERY J.A., *Copilul cu surdocecitate – Ghid de dezvoltare*, Tipografia Semne '94.
5. POPESCU – NEVEANU P., *Dicționar de psihologie*, Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
6. SILLAMY N., *Dicționar de psihologie*, Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1996.
7. WEIHS Th., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.

BIBLIOGRAFIE

1. AJURIAGUERRA de J. şi colab., *Scrisul copilului,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1980.
2. ALBU A., ALBU C., *Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*, Ed. Polirom, 2000.
3. ARCAN P., CIUMĂGEANU D., *Copilul deficient mintal,* Ed. Facla, Timişoara, 1980.
4. BOŞCAIU E., *Bâlbăiala – prevenire şi tratament,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
5. BOŞCAIU E., *Îndrumător pentru dezvoltarea vorbirii în colectivităţile de copii (vârsta antepreşcolară),* Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, 1983.
6. BOŞCAIU E., *Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădiniţele de copii,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
7. CALMY S., *Cum să facem exerciţii grafice,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
8. CARAMAN , MĂESCU L., *Metodologia procesului demutizării,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
9. CASTEILLA A., *Scrierea cursivă modernă,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
10. DAMASCHIN D., *Defectologia. Teoria şi practica compensaţiei. Nevăzători, ambliopi, orbi-surdomuţi,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
11. DAMASCHIN D., *Mijloace tehnice moderne de compensare a deficienţelor senzoriale,* Analele Universităţii Bucureşti, 1965.
12. DRĂGUŢOIU I., *Limbajul mimico-gestual,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1992.
13. ENĂCHESCU C., *Igiena mintală şi recuperarea bolnavilor psihic,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1979.
14. FOZZA C., A., *Îndrumar pentru corectarea deficienţelor fizice* , Ed. Fundaţiei *România de Mâine,* Bucureşti, 2002.
15. GELDER M., GATH D., MAYOU R, *Tratat de psihiatrie – Oxford,* Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative Publishers, 1994, ed.a II-a.

16. GORGOS C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie,* Ed. Medicală, București, 1988.
17. IONESCU G., *Psilhologie clinică,* Ed. Academiei, Bucureşti, 1985.
18. KULCSAR T., *Factorii psihologici ai reuşitei şcolare,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1978.
19. LAROUSSE, *Dicționar de psihiatrie şi psihopatologie clinică,* Ed. Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998.
20. LUNGU NICOLAE S., *Program de recuperare complexă a copilului handicapat mintal,* Institutul Național pentru Recuperare şi Educație Specială a Persoanelor Handicapate, 1992.
21. LUNGU NICOLAE S., *Sfera perceptiv-motrică a handicapatului mintal,* Institutul Național pentru Recuperare şi Educație Specială a Persoanelor Handicapate, 1994.
22. MC.INNES J. M., TREFFRY J. A., *Copilul cu surdocecitate – Ghid de dezvoltare,* Tipografia Semne'94.
23. MUŞU I., TAFLAN A., *Terapie educațională integrată,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
24. NEVEANU-POPESCU P., *Dicționar de psihologie,* Ed. Albatros, Bucureşti, 1978.
25. PĂUNESCU C., *Agresivitatea şi condiția umană,* Ed. Tehnică, Bucureşti, 1994.
26. PĂUNESCU C., *Limbaj şi intelect*, Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1973.
27. PĂUNESCU C. şi alții, *Intoducere în logopedie,* vol. 1, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
28. PĂUNESCU C., *Copilul deficient. Cunoaşterea şi educarea lui,* Ed. Ştiințifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1983.
29. PĂUNESCU C., *Comunicarea prin limbaj la copiii cu audiomutitate,* în *Cercetări asupra comunicării,* Bucureşti, 1973.
30. PĂUNESCU C., *Deficiența mintală şi procesul învățării,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
31. PĂUNESCU C., *Deficiența mintală şi organizarea personalității,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
32. PĂUNESCU C., *Dezvoltarea vorbirii copilului şi tulburările ei,* E.S.D.P., Bucureşti, 1962.
33. PĂUNESCU C., *Tulburările de vorbire la copii,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1966.
34. PĂUNESCU C., *Nervozitatea copilului*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
35. PĂUNESCU C. şi alții, *Tulburările limbajului scris,* Bucureşti, 1967.

36. PĂUNESCU C., MUŞU I., *Psihopedagogie specială integrată – Handicap mintal. Handicap de intelect,* Ed. ProHumanitate, Sibiu, 1997.
37. PĂUNESCU C., MUŞU I., *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1990.
38. PREDA V., *Explorarea vizuală – Cercetări fundamentale şi aplicative,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1988.
39. PREDESCU V., *Psihiatrie,* vol. I, Ed. Medicală, Bucureşti, 1989.
40. PUFAN C., *Probleme de surdopsihologie*, vol. I şi II, 1972, 1982.
41. RADU GHE., *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Ed. ProHumanitate, 2000.
42. RADU GHE., STOICIU M., E., *Unele particularităţi ale învăţământului pentru debilii mintal,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1976.
43. RĂŞCANU R., *Psihologia comportamentului deviant,* Ed. Universităţii Bucureşti, 1994.
44. ROBĂNESCU N., *Readaptarea copilului handicapat fizic,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1976;
45. ROŞCA M., *Psihologia deficienţilor mintal,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1967.
46. ROZOREA A., *Deficienţa de vedere – o perspectivă psihosocială şi psihoterapeutică,* Ed. ProHumanitate, 1998.
47. SIMA I., *Psihopedagogie specială – studii şi cercetări,* vol. I, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
48. STĂNICĂ C., POPA, *Elemente de psihopedagogie a deficienţilor de auz,* 1994.
49. STĂNICĂ C., VRĂŞMAŞ E., *Terapia tulburărilor de limbaj,* Bucureşti, 1994.
50. STĂNICĂ I., UNGAR E., BENESCU C., *Probleme metodice de tehnica vorbirii şi labiolectură,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
51. STĂNICĂ I., *Îndrumări metodice privind predarea citit-scrisului în şcolile de surzi,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
52. STĂNICĂ I., *Labiolectura,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1965.
53. STRĂCHINARU I., *Psihopedagogie specială,* vol. I, Ed. Trinitas, Iaşi, 1994.
54. ŞCHIOPU U., *Dicţionar de psihologie,* Ed. Babel, Bucureşti, 1997.
55. ŞTEFAN M., *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981.
56. VERZA E., *Ce este logopedia?,* Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982.

57. VERZA E., *Dislalia şi terapia ei*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1977.
58. VERZA E., *Disgrafia şi terapia ei*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.
59. VERZA E. (coord.), *Elemente de psihopedagogia handicapaţilor*, Ed. Universităţii Bucureşti, 1990.
60. VERZA E., *Psihopedagogie specială, manual pentru clasa a XIII-a, şcoli normale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1998.
61. VERZA E.. *Conduita verbală a şcolarilor mici*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1973.
62. VERZA E., *Probleme de defectologie*, vol.8, Ed. Universităţii Bucureşti, 1988.
63. VERZA E., *Metodologii contemporane în domeniul defectologiei şi logopediei*, Ed. Universităţii Bucureşti, 1987.
64. VRĂŞMAŞ T., DAUNT P., MUŞU I., *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerinţe educative speciale*, Ed. Meridiane, Bucureşti, 1996.
65. VRĂŞMAŞ E., *Educaţia copilului preşcolar. Elemente de pedagogie la vârsta timpurie*, Ed. ProHumanitate, 1999.
66. ZAZZO R., *Debilităţile mintale*, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1979.
67. WEIHS TH., *Să-i ajutăm, iubindu-i*, Ed. Humanitas, Bucureşti, 1992.